

Boroch, Wilfried

Research Report

Dimensionen allgemeiner Gesundheitspolitik: Eine modifizierte Anordnung nach Kriterien der engen, weiten und praxisbezogenen Anwendung

ifgs Schriftenreihe der FOM, No. 11

Provided in Cooperation with:

FOM Hochschule für Oekonomie & Management, ifgs Institut für Gesundheit & Soziales

Suggested Citation: Boroch, Wilfried (2018) : Dimensionen allgemeiner Gesundheitspolitik: Eine modifizierte Anordnung nach Kriterien der engen, weiten und praxisbezogenen Anwendung, ifgs Schriftenreihe der FOM, No. 11, MA Akademie Verlags- und Druck-Gesellschaft mbH, Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/230698>

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.

*Band
11*

David Matusiewicz / Manfred Cassens (Hrsg.)

Dimensionen allgemeiner Gesundheitspolitik
Eine modifizierte Anordnung nach Kriterien der
engen, weiten und praxisbezogenen Anwendung

~
Wilfried Boroch

ifgs Schriftenreihe



Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

Wilfried Boroch

Dimensionen allgemeiner Gesundheitspolitik
Eine modifizierte Anordnung nach Kriterien der
engen, weiten und praxisbezogenen Anwendung

ifgs Schriftenreihe der FOM, Band 11

Essen, 2018, überarbeitete digitale Fassung

ISSN 2367-3176 (Print) - ISSN 2569-5274 (eBook)

Dieses Werk wird herausgegeben vom ifgs Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie;
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2018 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
info@mav-verlag.de

Das Werk einschließlich seiner
Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der
engen Grenzen des Urhebergeset-
zes ist ohne Zustimmung der MA
Akademie Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH unzulässig und
strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Ein-
speicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen. Oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Dimensionen allgemeiner Gesundheitspolitik

Eine modifizierte Anordnung nach Kriterien der engen, weiten und praxisbezogenen Anwendung

Wilfried Boroch

Prof. Dr. Wilfried Boroch
FOM Hochschule für Oekonomie & Management
E-Mail: wilfried.boroch@fom.de

Vorwort

In der Gesundheitspolitik geht es oftmals um Ordnungspolitik. Eine der Grundfragen ist mit dem Thema Wettbewerb verbunden. Hier stellt sich die Frage, wie viel Staat notwendig ist und wie viel Wettbewerb möglich. Dies ist allerdings nicht alles, denn die Gesundheitspolitik hat noch mehr Facetten zu bieten.

Die Dimensionen der allgemeinen Gesundheitspolitik verändern sich im Laufe der Zeit. Das Ausreifen des Feldes der Gesundheitspolitik ist noch lange nicht abgeschlossen und unterliegt dem Wandel. Die Denomination der Bezeichnung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) ist eine einfache Möglichkeit, dies zu veranschaulichen. Denn die Bezeichnung änderte sich mehrfach in den Jahren. Die bislang umfassendste Bezeichnung war »Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit« (1986-1991). In der ehemaligen DDR hieß das Amt übrigens zeitweise »Ministerium für Arbeit und Gesundheitswesen« (1949-1950), wodurch der starke Bezug zwischen Arbeit und Gesundheit deutlich wird.

Der Autor kommt aus der Schule des Duisburger Gesundheitsökonomen Dieter Cassel, der sich insbesondere mit der nachhaltigen Finanzierung im Gesundheitswesen und der Ausgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung auseinandersetzt. Wilfried Boroch knüpft hier an und beschäftigt sich als Branchen-Insider seit vielen Jahren mit gesundheitspolitischen Fragestellungen sowohl in der Wissenschaft und Lehre als auch in der Praxis.

Somit gelingt es dem vorliegenden Beitrag, den Bogen zwischen theoretischen Inhalten und angewandten Tätigkeitsfeldern aufzuzeigen. Der Autor geht auf wesentliche bestehende Zusammenhänge in der Gesundheitspolitik ein und gibt einen guten Überblick. Er geht aber noch einen Schritt weiter und hinterfragt auch kritisch. So diskutiert er, inwiefern die Disziplin Gesundheitsökonomie, die in der Gesundheitspolitik eine immer wichtigere Rolle spielt, sinnvoll eingesetzt werden könne. Dabei stellt sich die Frage, wie in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit zur Evidenzbasierung in der politischen Realität umgesetzt werden kann.

Essen, im März 2018

Prof. Dr. David Matusiewicz

Direktor ifgs Institut für Gesundheit & Soziales der FOM Hochschule

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Gesundheitspolitik als Wirtschaftspolitik	3
2.1 Freiheitliche marktwirtschaftliche Perspektive	4
2.2 Wirtschaftspolitische Zielpyramide und enge Gesundheitspolitik	9
2.3 Zielharmonien und Zielkonflikte	21
3 Gesundheitspolitik als gesundheitsbasierte Interventionspolitik	27
3.1 Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele	27
3.2 Zielpyramide der weiten Gesundheitspolitik	32
3.3 Interdependenzen zwischen Gesellschafts-, Staats- und Wirtschaftsordnung	38
4 Gesundheitspolitik als Interessenpolitik	49
5 Anforderungen und offene Fragen an eine allgemeine Gesundheitspolitik	56
6 Fazit	64
Literaturverzeichnis	67
Anlage	74

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BASYS	Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH
BIP	Bruttoinlandsprodukt
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IGES	Institut für Gesundheits- und Systemforschung GmbH
NRW	Nordrhein-Westfalen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
RKI	Robert Koch-Institut
SVR	Sachverständigenrat
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wirtschaftspolitische Zielpyramide	12
Abbildung 2: Zielhierarchie der Gesundheitspolitik im engeren Sinne	19
Abbildung 3: Interventionsfelder und -typen der Gesundheitspolitik im weiteren Sinne	29
Abbildung 4: Zielbeziehungen der Gesundheitspolitik im weiteren Sinne.....	34
Abbildung 5: Zeitlicher Überblick über bedeutsame Gesundheitsreformen in Deutschland.....	54
Abbildung 6: Modifizierte Systematisierung der Dimensionen der Gesundheitspolitik	58
Abbildung 7: Modifizierte Definitionen und Dimensionen der Gesundheitspolitik	59
Abbildung 8: Zielhierarchie der allgemeinen Gesundheitspolitik.....	62
Abbildung 9: Überblick über bedeutsame deutsche Gesundheitsreformen und deren inhaltlichen Eckpunkte, 1977-2016	74

1 Einleitung

Mit der Gesundheitspolitik werden gegenläufige Auffassungen verbunden. Zu diesem Ergebnis gelangen auch unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen und Akteure, die sich mit diesem Thema beschäftigen. Mitunter ist das Verhältnis zwischen den Verfechtern einzelner Sichtweisen sogar durch Spannungen geprägt, die sachlich in den jeweiligen wesenseigenen Denkkategorien zu den Aufgaben und Zielen der Gesundheitspolitik begründet liegen. Erschwerend kommt hinzu, dass nach gegenwärtigem Verständnis keine allgemeingültige Theorie der Gesundheitspolitik¹ existiert, die es ermöglichen würde, die gesundheitspolitischen Lagen, Entscheidungsprozesse und Handlungslogiken einerseits sowie die Finanzierung, Organisation und Steuerung des Gesundheitswesens andererseits konsistent zu beschreiben und zu analysieren.² Somit fehlt bislang ein anerkanntes verwissenschaftlichtes Diskussionsfundament.

Gesundheitspolitik und allem voran eine Theorie der Gesundheitspolitik sollte sich mit Fragen auseinandersetzen wie etwa den folgenden: Welche Ziele sollen auf welche Weise erreicht werden? Und welche Folgen können aus staatlichen Interventionen resultieren? Diese Fragestellungen sollten möglichst mittels Rückgriff auf ein Theoriegebäude – eine Art der Gesundheits(-system)theorie – beantwortet werden, ähnlich wie es auch in anderen speziellen Politikbereichen der Fall ist.³ Entsprechend wäre die Theorie der Gesundheitspolitik selbst nicht als eigenständige Theorie zu betrachten, sondern vielmehr als angewandte Gesundheits(-system)theorie. Allerdings: Was würde diese Theorie inhaltlich umfassen?

¹ In Analogie zu den Grundzügen vergleichbarer spezifischer (fach-)politischer Theorien würde eine Theorie der Gesundheitspolitik ermöglichen, versorgungs- und finanzierungsrelevante Lagen und sonstige gesundheitsbezogenen Situationen zu beschreiben und zu erklären. Mit ihr ließen sich Motive, Formen und Ergebnisse des gesundheitspolitischen Handelns analysieren und Ziele, Zielbeziehungen und Zielbezüge untersuchen. Schließlich gäbe sie Hinweise auf den Instrumenteneinsatz und die Mittelkontrollierbarkeit. Eine Theorie der Gesundheitspolitik würde demnach sowohl eine deskriptive, eine analytische als auch eine normative Dimension umfassen. Als gesundheitspolitische Konzeption ließe sich dagegen ein System konsistenter Ziele, Grundsätze, Strategien und Mittel bezeichnen, mit dem das Gesundheitswesen systematisch und gezielt im Sinne einer rationalen Gesundheitspolitik gestaltet und beeinflusst werden könnte (in Analogie zu Welfens, P.J.J. (2013), S. 327ff., S. 403ff.).

² Vgl. Lüngen, M. / Schrappe, M. (2010), S. 40.

³ Vgl. Woll A. (1992), S. 4ff.

Faktisch haben wir es mit einem Drilling aus Politik, (Gesundheits-)Ökonomie und Gesundheitswissenschaften (Public Health) zu tun. Ein konsistentes theoretisches Gerüst ist daher nicht ohne weiteres ableitbar. Allein zwischen Gesundheitsökonomie und Gesundheitswissenschaften lassen sich aus tatsächlichen oder vermeintlichen Sachzusammenhängen bereits zahlreiche Spannungsverhältnisse konstruieren, die zwischen Finanzierung, Kosten und Wettbewerb einerseits und gesundheitsbezogenen, verhaltenssteuernden und verteilungspolitischen Interventionen andererseits liegen. Die Politik kann sich als Entscheidungsmuster nun der einen oder anderen Handlungslogik schwerpunktmäßig bedienen, wie es mitunter auch die Protagonisten des jeweiligen Denkansatzes empfehlen. Politik und insbesondere praktisch gelebte Gesundheitspolitik orientiert sich allerdings nur selten am Stand der Wissenschaft, sondern wird vielmehr im Luhmannschen Sinne durch sich selbst Wirklichkeit und besitzt demzufolge eine eigenständige Schöpfungskraft.⁴ Ihre Ausgestaltung und Wahrnehmung sind abhängig von der existierenden Umwelt, dem jeweiligen politischen Willen zum Machterhalt sowie den speziellen Interessen und Ideen Dritter. So verstanden ist Gesundheitspolitik ein außerordentlich durchwobenes Handlungsfeld.

Ziel dieses Beitrags ist es, im Weiteren die Leitlinien, Ziele und Prozesse zu beschreiben, die die Hauptstoßrichtung des gesundheitspolitischen Denkens und Handelns aus den unterschiedlichen relevanten Denk- und Handlungsansätzen heraus erklären. Dazu werden drei Dimensionen beleuchtet:

- Gesundheitspolitik als Wirtschaftspolitik,
- Gesundheitspolitik als gesundheitsbasierte Interventionspolitik sowie
- Gesundheitspolitik als Interessenpolitik.

Während mit den ersten beiden Dimensionen vor allem gezeigt werden soll, nach welchen konzeptionellen Leitideen und Zielen Gesundheitspolitik gestaltet werden kann, steht bei der dritten Dimension der praktische Prozess zur Umsetzung von Gesundheitspolitik im Vordergrund. Abschließend werden die Schnittstellen und Perspektiven zu den drei Politikdimensionen erörtert. In diesem Rahmen wird zugleich ein Vorschlag zur Modifizierung ihrer definitorischen Einordnung ausgesprochen, der dann unter dem Dach einer allgemeinen Gesundheitspolitik zu verklammern ist.

⁴ Siehe Luhmann, N. (1997).

2 Gesundheitspolitik als Wirtschaftspolitik

Vorwiegend GesundheitsökonomInnen betrachten die Gesundheitspolitik als Bestandteil der Wirtschaftspolitik. Prägendes Kriterium dieser Denk- und Sichtweise ist nicht „Gesundheit“, sondern „Krankheit“, und zwar im Sinne von fehlender individueller altersgemäßer psychophysischer Norm, Funktionalität und Belastbarkeit.⁵ Das bedeutet, dass mit Gesundheitspolitik vornehmlich die Voraussetzungen geschaffen werden sollen, um Krankheit zu bewältigen und daraus resultierende Risiken abzusichern. Zu diesem Zweck ist eine Organisation des Gesundheitssektors aufzubauen, die es ermöglicht, die Allokation und Distribution von Gesundheitsleistungen und -gütern unter Berücksichtigung der besonderen Bedingungen dieses Sektors in optimaler Form bereitzustellen. Im Fokus dieser Fachpolitik stehen also der Zugang zu Gesundheitsleistungen, die allgemeinen systemischen Organisations- und Finanzierungsbedingungen und der ökonomisch effiziente Umgang mit Gesundheitsressourcen im Sinne von optimalem Einsatzvolumen und optimaler Aufteilung auf einzelne Verwendungsbereiche und gegebenenfalls auf unterschiedliche Verwendungsarten nach Schwere von Behandlungsfällen.⁶

Gesundheitspolitik als Wirtschaftspolitik ist demzufolge die Ausgestaltung von rechtlichen, institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen, die es Ärzten, Heilmittelerbringern, Krankenhäusern, Krankenkassen und Patienten erlaubt, ihre Aktivitäten so zu entfalten, dass damit die Gesundheit der Bevölkerung ökonomisch bestmöglich gesichert werden kann, und zwar vorwiegend im oben genannten Sinne der Krankheitsbewältigung und der Absicherung vor Krankheitsrisiken.⁷ Aufgrund ihrer spezifisch systemischen Ausrichtung und ihrer Fokussierung auf das Kriterium Krankheit wird eine Gesundheitspolitik, die als Wirtschaftspolitik ausgeprägt ist, mitunter auch als Gesundheitspolitik im engeren Sinne bezeichnet.⁸

⁵ In Anlehnung an den vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion ((1995), S. 47) verwendeten engeren Begriff zur funktionalen Betrachtung von Gesundheit. Im vorliegenden Beitrag als negative funktionale Gesundheit mit Krankheit gleichgesetzt.

⁶ Vgl. Metze, I. (1982), S. 9; Arah, O.A. et al. (2006), S. 7; Lungen, M. / Schrappe, M. (2010), S. 40f.

⁷ Vgl. Metze, I., (1982), S. 9.

⁸ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 12; Troschke, J. / Mühlbauer, A. (2005), S. 169.

Es bleibt aber festzustellen, dass sie nie Selbstzweck ist, sondern stets der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung unter den jeweils bestehenden ökonomischen, politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen dient, indem sie funktional dazu beiträgt, dass

- Krankheit und damit verbundene Schmerzen sowie Unwohlsein verhütet, gelindert und geheilt werden,
- die körperliche und psychische Funktionstüchtigkeit wiederhergestellt sowie
- vermeidbarer Tod verhindert

wird.⁹

2.1 Freiheitliche marktwirtschaftliche Perspektive

Die Gesundheitspolitik als Wirtschaftspolitik orientiert sich am vorherrschenden ökonomischen Allokationsmechanismus – dem Markt. Die der freiheitlichen marktwirtschaftlichen Konzeption zugrundeliegende These lautet, dass der wirtschaftliche Wohlstand und das wirtschaftliche Wachstum die besten Garanten sind, um die sozialen Verhältnisse in einer Gesellschaft zu sichern und zu verbessern: „Der Kuchen kann nur dann verteilt werden, wenn er von der Wirtschaft bereitgestellt wird“.¹⁰

Um einen möglichst hohen Wohlstand zu erreichen, setzt die Wirtschaftspolitik auf die Freiheit der Bürger und Unternehmen. Durch einen Wettbewerb, der die Marktkräfte fördert, gewinnen sie an Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräumen. Zugleich sorgt der Wettbewerb für eine gerechte – pareto-optimale – und effiziente Allokation der Ressourcen sowie fördert und diffundiert zudem technischen Fortschritt als eine der wichtigsten Ursachen für Wohlfahrtssteigerungen. Konsequenterweise muss sich die Gesundheitspolitik nach diesem konzeptionellen Denkansatz dem Primat der Wirtschaftspolitik unterordnen, denn diese ermöglicht am ehesten eine hochwertige Versorgung mit Gesundheitsleistungen und deren effiziente Bereitstellung sowie die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems auf höchstem Niveau, die für die gesamte Gesellschaft unabdingbar ist. Uneingeschränkt gilt dies allerdings nur dann, wenn die Märkte optimal funktionieren, also kein Marktversagen vorliegt.

⁹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), S. 47.

¹⁰ Ribhegge, H. (2011), S. 269.

Im Allgemeinen ist Marktversagen ein eher seltenes Phänomen, doch auf den Gesundheitsmarkt trifft dies ausdrücklich nicht zu. Dort findet es sich in vielfältiger Form und äußert sich beispielsweise durch Informationsasymmetrien auf dem Krankenversicherungsmarkt (adverse Selektion oder Moral Hazard), in einer angebotsinduzierten Nachfrage von Ärzten, im Vertrauensgut- sowie Optionsgutcharakter von Gesundheitsleistungen, in externen Effekten, die zur medizinischen Über- oder Unterversorgung beitragen, oder in der zwar trivialen, aber bedeutsamen Erkenntnis, dass Patienten im Krankheitsfall häufig nicht über eine ausreichende Konsumentensouveränität verfügen.¹¹ In diesen Fällen ist der Staat grundsätzlich legitimiert mittels einer an der Wirtschaftspolitik orientierten Gesundheitspolitik zur Unterbindung oder Linderung des Marktversagens, gestaltend und regulierend in den Gesundheitsbereich einzugreifen. Die staatliche gesundheitspolitische Intervention ist allerdings nicht zwingend bei jedem Versagen des Marktes erforderlich, sondern setzt gravierende Marktverzerrungen voraus.¹² Zudem müssen vor dem Hintergrund von Staats- versus Marktversagen mit dem staatlichen Eingriff bessere Ergebnisse erzielt werden als ohne Intervention. Denn auch der Staat weist durchaus Unzulänglichkeiten auf. So handelt er im Rahmen von politischen und gesellschaftlichen Kompromissen, er bedient sich häufig langwieriger Prozesse und einer relativ schwerfälligen Bürokratie, verursacht mitunter hohe Kosten und ist manchmal sogar korruptionsanfällig.¹³ Schließlich darf nicht vernachlässigt werden, dass die kollektive Bereitstellung von Leistungen ihrerseits wiederum Fehlanreize für die Marktakteure setzen kann. Mit der Folge, dass diese ihr strategisches Verhalten so verändern, dass es zu erneuten Marktverzerrungen kommt.

¹¹ Vgl. z. B. Toepffer, J. (1997), S. 24ff.; Lungen, M. / Schrappe, M. (2010), S. 41ff.; zur allgemeinen Begründung von Marktversagen u. a. Blankart, C.B. (2003), S. 55ff.; Berg, H. / Cassel, D. / Hartwig, K.H. (2007), S. 265ff.; Ott, N. (2007), S. 574ff.

¹² Einer der gravierendsten Gründe für die Legitimierung von Markteingriffen auf dem Gesundheitsmarkt liegt in der Gesundheit selbst begründet. Denn in dem Maße wie sie zum höchsten Gut postuliert wird, stellt Gesundheit eine essentielle Voraussetzung dar, um ein souveränes und selbstbestimmtes Leben führen zu können. Ist die Gesundheit jedoch „knapp“ wird die Freiheit unbedeutend oder zu einer nebensächlichen Zielsetzung. Krankheit macht unfrei, und zwar umso stärker, je schwerer die Krankheit ist. Der Einzelne ist bezüglich seiner Entscheidungen nicht mehr souverän. Er hat eben nicht mehr alle Wahlfreiheiten mit der Folge, dass Entscheidungen darüber welche Gesundheitsleistungen, zu welchem Preis, in welchem Umfang gekauft werden sollen, nicht individueller, sondern kollektiver Natur sind. Die gesundheitliche Absicherung ist unter staatlichem Einfluss zu organisieren (vgl. Damm, K. / Schulenburg, J.M. (2012), S. 505).

¹³ Vgl. Blankart, C.B., (2003), S. 67.

Ob und inwieweit Marktergebnisse nun tatsächlich korrigiert werden sollen, hängt in hohem Maße davon ab, wie die Rolle des Staates innerhalb des Gesellschafts-systems interpretiert wird. Hier weichen die Vorstellungen einzelner freiheitlicher marktwirtschaftlicher Konzepte voneinander ab.¹⁴ Nach klassisch-liberaler Sicht ist der Staat minimalistisch ausgerichtet. Als sogenannter Nachtwächterstaat stellt er im Wesentlichen den inneren und äußeren Frieden sicher und hält sich ansonsten möglichst aus allen Marktprozessen heraus. Das schließt ein, dass der Markt vor sozialpolitischen Eingriffen aller Art – also auch vor gesundheits-politischen Aktivitäten – zu schützen ist.

Dieser Minimalstaatsansatz ist allerdings historisch weitgehend überholt. Die reale aktuelle Wirtschaftspolitik orientiert sich eher an der neoliberalen Weiterentwicklung¹⁵ der klassischen Ideen, die zu Anfang des vorherigen Jahrhunderts aufkamen. Auf dieser Grundlage wird angestrebt, das Spannungsverhältnis zwischen Staat und Markt mittels einer regelbasierten Politik zu lösen. Wie bereits weiter oben dargelegt, berechtigt eine solche Politik den Staat zwar dazu, korrigierend einzugreifen, wenn Marktversagen vorliegt, allerdings stets unter der Bedingung, zugleich ein potentielles Staatsversagen mit abzuwägen. Zu diesem Zweck werden konkrete Regeln, Prinzipien und Grundsätze für wirtschaftspolitisches Handeln ausgearbeitet, die streng darauf ausgerichtet sind, sicherzustellen, dass Markteingriffe mit der existierenden Wirtschaftsordnung konformgehen. Die deutsche Spielart des Neoliberalismus ist der Ordoliberalismus¹⁶, auf dem die soziale Marktwirtschaft fußt.

Nach ordoliberalem Verständnis bleibt der Glaube an den Markt erhalten, und zwar in Zusammenhang mit einem sogenannten „funktionsfähigen“ Wettbewerb. Die wohlfahrtserhaltenden Wirkungen dieses Wettbewerbs werden jedoch nicht uneingeschränkt befürwortet, sondern innerhalb eines „schmalen Pfads zwischen Wachstum und Gerechtigkeit“ verortet. Vereinfacht ausgedrückt, führt ein vollkommen freier Markt zwar zum größtmöglichen Wachstum bei höchster wett-

¹⁴ Vgl. z. B. Kolev, S. (2011).

¹⁵ Der Neoliberalismus entstand zwischen den 30er und 40er Jahren des vorherigen Jahrhunderts als Gegenbewegung zum ungezügelter Liberalismus. Er war als dritter Weg zwischen Kapitalismus und Kommunismus gedacht und mit dem Ziel verbunden, eine freiheitliche Konzeption zum Wohle aller Bürger zu entwickeln (vgl. u.a. Bog, I. (1984), S. 39f.; Kolev, S. (2011), S. 4f.; Straubhaar, T. (2015)). Die heutigen Begriffs-verwendungen weichen deutlich von der wirtschaftshistorischen Bedeutung des Neo-liberalismus ab und sind mitunter bewusst oder unbewusst ideologisch eingefärbt.

¹⁶ Vgl. z.B. Cassel, D. (1988), S. 323ff.

bewerblicher Effizienz, befördert aber zugleich Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten. Eine vollkommene Gleichheit zielt dagegen zwar auf größtmögliche Gerechtigkeit, bewirkt aber gleichzeitig marktseitige Ineffizienzen und Wachstums- einbußen, was zur Folge hat, dass die Verteilungsspielräume vom Niveau her eingeschränkt werden.¹⁷

Vor dem Hintergrund dieses Dilemmas wird dem Staat im Ordoliberalismus eine spürbar gewichtigere Rolle eingeräumt als aus klassisch-liberaler Sicht. Nach dieser Auffassung hat er vorrangig nicht nur dafür Sorge zu tragen, dass die individuellen Entscheidungs- und Handlungsspielräume möglichst umfassend sind, sondern zugleich den Wettbewerb vor einem Missbrauch durch Marktmacht zu schützen. Dort, wo infolge eines versagenden Marktes wettbewerbliche Fehlallokationen vermutet werden, die Chancengleichheit gefährdet ist und eine ungerechte Verteilung von primärem Vermögen und Einkommen erwartet wird, sollte er korrigierend und regulierend eingreifen. Gefordert wird somit ein starker Staat, dessen Aufgabe es ist, einen adäquaten rechtlichen und institutionellen Ordnungsrahmen zu schaffen und zu sichern, der das Verfolgen von Eigeninteressen bestmöglich befördert, ohne dass dabei jedoch das Gemeinwohl aus dem Blick gerät. Dies schließt die organisatorische Implementierung von effizienzsteigernden und umverteilenden Versicherungssystemen mit ein. Unbedingt sind in diesem Zusammenhang die wechselseitigen Beziehungen zwischen den gesellschaftlichen Teilordnungen wie Politik, Recht und Wirtschaft zu berücksichtigen. Diese sogenannte Interdependenz der Ordnungen ist deshalb wichtig, weil bei Nichtbeachtung das Risiko besteht, dass das Gesellschaftssystem an Stabilität einbüßt.¹⁸ Ausgehend von der konzeptionellen Grundidee, kommt hierin die soziale Marktwirtschaft in Deutschland zum Ausdruck, die einen sogenannten funktionsfähigen Wettbewerb vorsieht, der in Abhängigkeit von der konkreten Situation kartellseitig und sozialpolitisch zu flankieren ist.

Überträgt man diesen Ansatz auf den Gesundheitsmarkt, so resultiert daraus eine Dominanz der Wirtschafts- gegenüber der Gesundheitspolitik, die von dem Gedanken geprägt ist, dass Gesundheitsleitungen möglichst im Rahmen eines effizienten, funktionsfähigen Wettbewerbs bereitgestellt werden sollten. Zu diesem Zweck sind umverteilende Gesundheitssicherungssysteme zu schaffen, die durchaus in Verbindung mit einer staatlichen Basisabsicherung privatwirtschaftlich organisiert werden könnten. In diesem Fall beschränkt sich der Staat darauf,

¹⁷ Siehe Equity-efficiency trade-off; Okun, A. (1975).

¹⁸ Vgl. Eucken, W. (1952); Woll, A. (1992), S. 41ff.

den Bürger zum Abschluss einer Versicherung zu verpflichten, die ein gesellschaftlich gewolltes Versorgungsniveau garantiert. Sozial Schwächere müssten dann über das Steuersystem finanziell abgedeckt werden. Das wäre die klassische ordnungspolitische Richtschnur für gesundheitspolitisches Handeln. Weil aber die Gestaltung und Weiterentwicklung von komplexen Systemen pfadabhängig ist, demnach nicht „auf der grünen Wiese“ erfolgt und außerdem demokratischen Spielregeln unterliegt, erscheint es aktuell eher utopisch diese markt-nahe Vorstellung zu realisieren. Als gesundheitspolitische Mindestanforderung sind von daher die gesundheitsbezogenen Versorgungsprozesse und -strukturen soweit wie möglich effizient auszubauen. Daraus resultiert ein regulierter, solidarischer Wettbewerb¹⁹, der zwar weiterhin – aber eben nicht nur – auf eine effiziente und zugleich optimierte Bereitstellung von Gesundheitsleistungen hinwirkt und danach strebt, die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems so bestmöglich sicherzustellen, der jedoch darüber hinaus auch soziale Aspekte berücksichtigt. Die distributive Wirkung dieses Wettbewerbs wird durch die dem deutschen Gesundheitssystem inhärente Solidarität ausgedrückt. Darin enthalten sind schlagwortartig bestimmte Wertbegriffe wie Gerechtigkeit, Fairness, Eigenverantwortung und Mündigkeit.²⁰ Die gesetzliche Krankenversicherung ist demnach die Solidargemeinschaft, die Solidarität in Form des Solidarprinzips gewährleistet. In diesem Sinne wäre eine Ausweitung ihrer Funktionalität oberhalb des Kriteriums Krankheit auch deshalb abzulehnen, weil sie dazu führen würde, dass systemfremde gesellschaftliche Aufgaben, die aus ordnungspolitischer Sicht steuerlich zu finanzieren wären, in zunehmendem Ausmaß von der beitragsfinanzierten Krankenversicherung übernommen werden müssten. Diese Zusammenhänge lassen sich über die wirtschaftspolitische Zielpyramide vertiefend zum Ausdruck bringen, die im folgenden Kapitel vorgestellt wird.

¹⁹ Siehe z. B. Cassel, D. (2000) und (2006).

²⁰ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S. 42.

2.2 Wirtschaftspolitische Zielpyramide und enge Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik ist definitionsgemäß impliziter Bestandteil der Wirtschaftspolitik, die ihrerseits wiederum mit den gesellschaftlichen Grundwerten korrespondiert. Diese wechselseitige Beziehung der Teilsysteme soll mit Abb. 1 veranschaulicht werden.

Mit der in Abb. 1 dargestellten Zielpyramide der Wirtschaftspolitik wird der Versuch unternommen, Zielhierarchien und -beziehungen aufzuzeigen sowie den Zielfindungsprozess zu systematisieren. Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass jede Gesellschaft über allgemein akzeptierte Grundwerte verfügt, die als sogenannte letzte Ziele fungieren und als Basis für das friedliche Zusammenleben dienen und die es zugleich ermöglichen, die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt zu realisieren. Aus wirtschaftspolitischer Perspektive handelt es sich dabei im Allgemeinen um Freiheit, Gerechtigkeit und Sicherheit. Gemein ist diesen gesellschaftlichen Grundwerten, dass sie ökonomische Bezüge beinhalten und damit zugleich Primärziele der Wirtschaftspolitik darstellen.²¹ Diese Dreiteilung ist jedoch nicht naturgegeben und kann somit je nach gesellschaftlichem Konsens staatspolitisch verändert und bei Bedarf auch erweitert werden, beispielsweise durch Werte wie Gleichheit, Fortschritt oder Nachhaltigkeit.

²¹ Vgl. Berg, H. / Cassel, D. / Hartwig, K.H. (2007), S. 310ff.; Welfens, P.J.J. (2013), S. 405ff.; Koch, A.S. / Czogalla, Ch. / Ehret, M. (2008), S. 16ff.

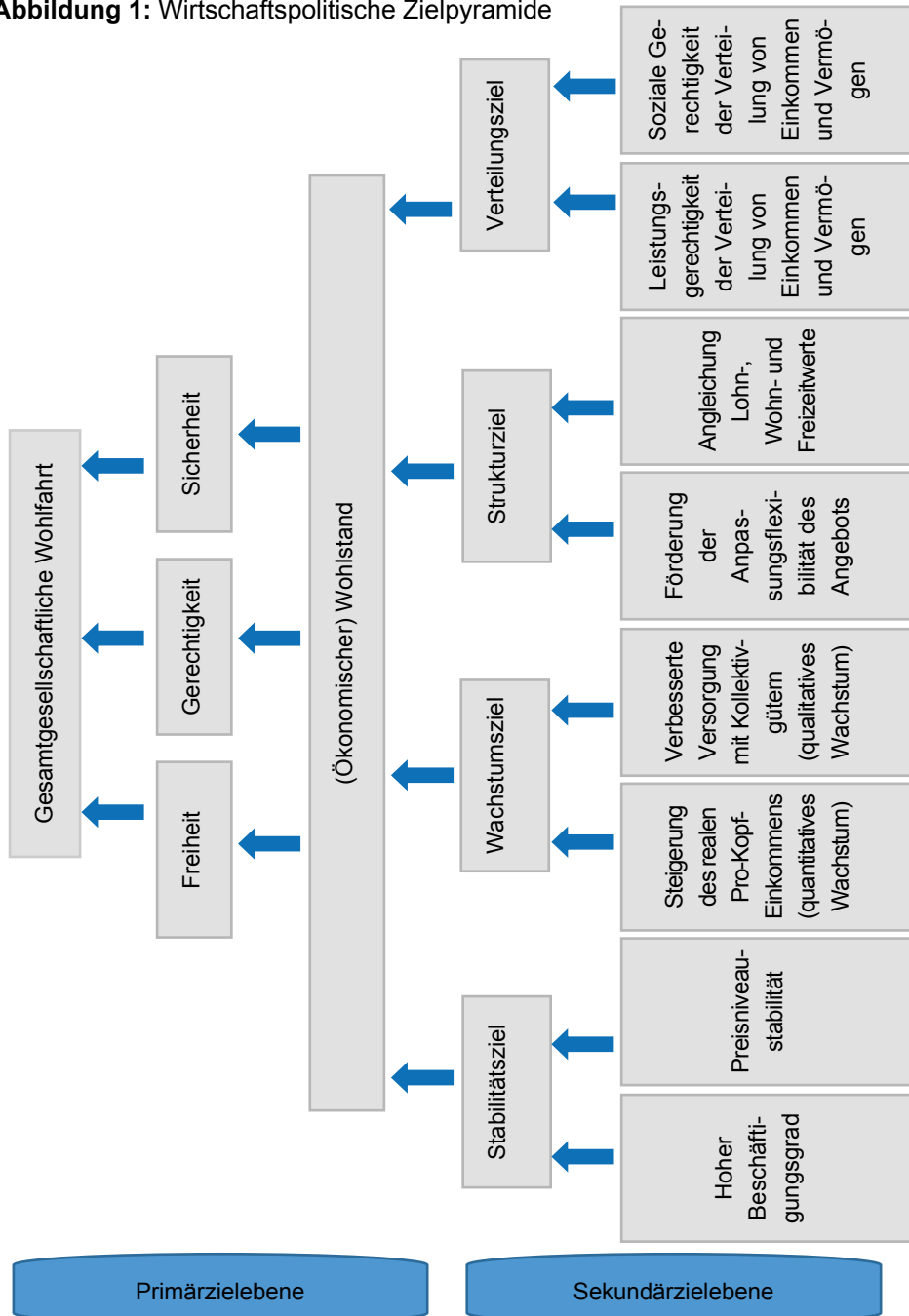
Der ökonomische Bezug dieser drei Grundwerte und ihre Schnittstellen zum Gesundheits- und Sozialbereich ergeben sich in aller Kürze wie folgt:²²

- Freiheit wird wirtschaftspolitisch als das Recht des Einzelnen verstanden, seine Ziele eigenständig zu bestimmen und selbständig zu verfolgen. Darüber hinaus ist das Individuum, der Bürger, berechtigt, staatliche Eingriffe in seine Souveränität und Wahlfreiheiten begründet abzuwehren. Entsprechend muss eine Wirtschaftsordnung dem Einzelnen größtmögliche Handlungs- und Entscheidungsspielräume einräumen; diese Spielräume finden jeweils dort ihre Grenzen, wo sie die Freiheiten Dritter über Gebühr einschränken. Anders ausgedrückt, resultiert hieraus ein Wirtschaftsmodell mit individueller Freiheit, Vorkehrungen gegen wirtschaftliche Macht, bei dezentraler Planung und Steuerung. Gesundheitspolitisch kann das Ziel der Freiheit so interpretiert werden, dass die Gesundheitsmärkte möglichst wettbewerblich zu organisieren sind und dem Einzelnen weitreichende Wahlfreiheiten bezüglich seines Leistungsangebots und seiner Leistungsanspruchnahme gewähren. Dazu gehört nicht zuletzt auch, dass er grundsätzlich das Recht besitzt, eigenständig zu bestimmen, wie viel er in seine Gesundheit investieren möchte, womit nicht nur vorrangig Geld, sondern vor allem auch sein Verhalten gemeint ist. Voraussetzung ist allerdings, dass der Gesundheitskonsument überhaupt in der Lage ist, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen (siehe hierzu Fußnote 1)

²² Vgl. Ott, N. (2007), S. 566ff.; Damm, K. / Schulenburg, J.M. (2012), S. 504ff.; in Analogie zur allgemeinen Wirtschaftspolitik siehe u. a. Woll A. (1992), S. 77ff., S. 207ff.; Berg, H. / Cassel, D. / Hartwig, K.H. (2007), S. 311f.; Welfens P.J.J. (2013), S. 405ff.

- Das Primärziel Gerechtigkeit berührt die Ökonomie vorrangig in Hinblick auf Fragen der Verteilungsgerechtigkeit. Dies bezieht sich unter anderem auf den Schutz von Minderheiten oder Minderbemittelten in Form von Mindeststandards oder besonderer materieller und immaterieller Unterstützung. Aus gesundheitspolitischer Perspektive zählen dazu die öffentliche Bereitstellung von Gesundheitsleistungen – nämlich dann, wenn der Markt versagt – oder Anpassungen der Einkommensverteilung, beispielsweise über den Finanzierungsmechanismus des Gesundheitssystems. Erwägenswert sind zudem Aspekte der Chancengleichheit wie etwa die intergenerative und die intragenerative Gerechtigkeit. Dahinter verbergen sich die beiden Fragestellungen: Wie werden heute die Gesundheitsgüter zwischen den Gesellschaftsmitgliedern verteilt (intergenerativ)? Und werden nachkommende Generationen benachteiligt (intragenerativ)?
- der ökonomische Aspekt des Ziels Sicherheit findet vor allem dort seine Entsprechung, wo dem einzelnen Wirtschaftssubjekt, dem Bürger, das ihm im wettbewerblichen Produktionsprozess auferlegte Existenzrisiko soweit abgedeckt werden soll, dass es zumutbar bleibt. Bei Krankheit, Pflege, Unfall, Invalidität oder unverschuldeter Arbeitslosigkeit sollte der Betroffene auf eine angemessene gesellschaftliche Unterstützung vertrauen dürfen. Eine hohe Versorgungssicherheit und nachvollziehbar festgelegte Konfliktregelungsmechanismen stabilisieren zugleich das Vertrauen in den Staat und seine Institutionen als soziale Gemeinschaft und sind gerade angesichts der aktuellen Tendenzen zur Erosion des sozialen Zusammenhalts von größter Relevanz. Das soziale Fangnetz garantiert allerdings keine allumspannende, vollständige Sicherheit. Denn eine solche Sicherheit existiert praktisch nicht und würde zudem die wirtschaftlich erforderliche Innovationsdynamik und Anpassungsflexibilität behindern.

Abbildung 1: Wirtschaftspolitische Zielpyramide



Quelle: in enger Anlehnung an Berg, H. / Cassel, D. / Hartwig, K.H. (2007), S. 311

Aufgrund des generalistischen Bezugs dieser obersten Ziele und ihres mitunter inhaltlichen und operationalen Leerformelcharakters müssen die drei genannten Grundwerte durch Ziele und Maßnahmen aufgeladen werden, die ihnen untergeordnet sind. Zuvorderst steht hier das Ziel Wohlstand, das noch zur Primärziel­ebene zählt. Wohlstand sichert nach wirtschaftspolitischem Verständnis Freiheit in materieller Hinsicht ab und bildet die Basis dafür, die Ziele Sicherheit und Gerechtigkeit zu verwirklichen. Freiheit und Wohlstand werden dabei wiederum durch den Marktmechanismus verklammert.²³

In Abhängigkeit vom demokratisch legitimierten und gewählten ordnungsleitenden Wirtschaftssystem stellt der Wohlstand eine Art Filter für die Umsetzung von Zielen dar, die auf der Sekundärzielebene entwickelt und festgelegt werden: Fördern die Zielergebnisse der Sekundärebene den Wohlstand, so sind sie zielkonform und grundsätzlich geeignet, die gesellschaftlichen Grundwerte zu unterstützen. Sie besitzen also Mittelcharakter gegenüber dem Wohlstand, während dieser wiederum ein Mittel bzw. Instrument darstellt, um die Grundwerte umfassend zu erreichen. Entsprechend ist die Maximierung des Wohlstands kein Selbstzweck, sondern vielmehr gesellschaftsdienlich. Auf der impliziten Prämisse beruhend, dass das, was für die Wirtschaft vorteilhaft ist, auch für die Gesellschaft vorteilhaft ist, entsteht demnach ein System von Zielen, das Zielhierarchien und Zielbeziehungen beinhaltet.

Folglich ist die Definition, was konkret unter Wohlstand zu verstehen ist, für die Festlegung der Ziele auf der Sekundärzielebene von zentraler Bedeutung. Es verwundert daher nicht, dass der Wohlstandsbegriff seit geraumer Zeit Gegenstand einer breiten politischen und gesellschaftlichen Diskussion ist, in der vor allem erörtert wird, ob und inwieweit Lebensqualitäts- und Nachhaltigkeitsaspekte oder, noch weiter gefasst, das Glücks- und Wohlbefinden, in den Begriff

²³ Vgl. Berg, H. / Cassel, D. / Hartwig, K.H. (2007), S. 310ff.

einfließen sollen.²⁴ Wohlstand aus ökonomischer Sicht beinhaltet dagegen vorrangig materielle Größen wie ein hohes Pro-Kopf-Einkommen, Vermögen oder ein hohes Versorgungsniveau mit Kollektivgütern.²⁵ Sein Fundament ist eine umfassende Güterversorgung der Bevölkerung, um die allgemeinen Lebensverhältnisse der Menschen zu verbessern. Indirekt umfasst dies auch die Bereitstellung medizinischer und medizinnaher Leistungen, die geeignet sind, um die Gesundheit der Bevölkerung zu sichern und zu steigern.

²⁴ Zentraler Untersuchungsgegenstand ist die Einbeziehung von insbesondere nicht-materiellen Indikatoren bei der Bestimmung des Wohlstandes. Dies auch deshalb, weil in entwickelten Volkswirtschaften der zusätzliche Nutzen einer steigenden Güterversorgung kleiner wird, während nicht-materielle Faktoren wie Gesundheit, Bildung, Work-life-balance, Ökologie oder politische Partizipation relativ größere Bedeutung erlangen. Gleichzeitig wird bemängelt, dass die unzureichende Berücksichtigung der o.g. nicht-materiellen Größen einer langfristig nachhaltigen Wirtschaftsentwicklung entgegenstehen (vgl. u.a. Braakmann, A. (2009), S. 783ff.; Zieschank, R. / Diefenbacher, H. (2009) S. 787ff.; Majer, H. (2001) und ein sich an Wachstumsraten orientierter Wohlstandsbegriff ungenügend Komponenten der strukturellen Verteilung des Wohlstands berücksichtigt (vgl. Majer, H. (2001), S. 40f.). Ein weiterer Aspekt dieser Diskussion betrifft die Abkehr vom Wohlstandsbegriff, der durch das sogenannte Wohlergehen oder Wohlbefinden ersetzt werden soll. Vor dem Hintergrund der Überlegungen zum sogenannten Wohlfahrtsparadox werden unter anderem subjektive Faktoren wie Glück und Zufriedenheit diskutiert (vgl. Wagner, G.G. (2009) S. 796ff.; Frey, B.S. (2011); Ruckriegel, K. (2012), S. 129ff.). Aus gesundheitspolitischer Sicht sind in diesem Zusammenhang vorrangig die Aktivitäten der WHO von größter Relevanz. Wohlbefinden hat demnach zwei Dimensionen, nämlich eine objektive und eine subjektive. Zum objektiven Wohlbefinden zählen die Lebensbedingungen von Menschen wie Gesundheit, Bildung, Arbeitsplatz, Wohnumfeld, Freizeit etc. und ihre möglichst gerecht verteilten Chancen, ihr Potential zu nutzen. Das subjektive Wohlbefinden wird dagegen vorrangig mit den Lebenserfahrungen von Menschen verknüpft. Wohlbefinden ist entsprechend multidimensional und auch nur schwierig messbar (vgl. WHO (2013,1), S. 44f.; (2013,2).

²⁵ Vgl. Welfens, P.J.J. (2014), S. 409f.

Auf der korrespondierenden Sekundärzielebene sind in der marktwirtschaftlichen Ordnung traditionell vier Ziele verankert.²⁶ Zusammenfassend sind hier zu nennen:

- das Stabilitätsziel zur Vermeidung oder Verminderung gesamtwirtschaftlicher Ungleichheiten wie hoher Arbeitslosigkeit oder spürbarer Inflation;
- das Wachstumsziel, mit dem eine möglichst stetige und angemessene quantitative und qualitative Verbesserung der Lebensverhältnisse angestrebt wird – in einfachster Form mittels Kopplung an eine bestimmte BIP-Zuwachsrate als Norm;²⁷
- das Strukturziel, mit dem das Spannungsfeld reibungsloser Produktions-, Nachfrage- und Technologieanpassung versus sozialer Abmilderung von strukturellen sowie sozialen Härten bearbeitet und bestimmt wird; sowie
- das Verteilungsziel, das vorwiegend dazu dient, marktliche Verteilungsergebnisse zu korrigieren, um distributive oder soziale Gerechtigkeit zu erreichen, indem eine Umverteilung von Leistungsstärkeren zu Leistungsschwächeren vorgenommen wird.

Auf der Sekundärzielebene lassen sich zahlreiche Schnittstellen zur Gesundheitspolitik ausmachen. Den wichtigsten Anknüpfungspunkt bilden dabei die Verteilungsziele. Im Fokus steht das Spannungsverhältnis zwischen Bedarfs- und Leistungsgerechtigkeit, wobei dieses Spannungsverhältnis aus ökonomischer Sicht immer dann überdehnt wird, wenn staatliche Transfers die Bereitschaft, am gesellschaftlichen Produktionsprozess teilzunehmen, unverhältnismäßig stark verringern, die Leistungswilligen demotivieren, einzelne Gruppen übervorteilen oder den wirtschaftlichen Fortschritt behindern.

Im deutschen Gesundheitswesen werden die Verteilungsziele durch die gesetzliche Krankenversicherung sichergestellt, die das Solidarprinzip umsetzt. Dieses besagt in Kurzform, dass jeder nach seiner Leistungsfähigkeit einzahlt, aber seinerseits Leistungen nach seiner Bedürftigkeit erhält. Im Kern wirken also beim Solidarprinzip zwei andere Prinzipien zusammen: erstens das Leistungsfähigkeitsprinzip bezüglich der Mittelaufbringung und zweitens das Bedarfsprinzip,

²⁶ Vgl. z.B. Berg, H. / Cassel, D. / Hartwig, K.H. (2007), S. 317f.

²⁷ Diese Form der Operationalisierung wird mitunter auch von Ökonomen skeptisch betrachtet, weil es neben quantitativem auch qualitatives Wachstum gibt, welches zudem nicht auf administrativen Vorgaben beruht, sondern sich als Ergebnis individueller Verhaltensweisen im freien Wettbewerb ergeben sollte.

das den freien Zugang zu und die Inanspruchnahme von Leistungen ermöglicht.²⁸ Diese gesundheitspolitischen Solidarziele sind grundsätzlich äquivalent zu den wirtschaftspolitischen Verteilungszielen in Abb. 1.

Nach dem Solidarprinzip haben alle Versicherten Anspruch auf die gleichen Leistungen, unabhängig von ihrem individuell entrichteten Beitrag – der entsprechend der Leistungsfähigkeit in Höhe des jeweiligen sozialversicherungspflichtigen Einkommens erhoben wird – sowie von ihrem persönlichen, gesundheitlichen Risiko, ihrem Geschlecht und ihrer Lebensgestaltung. Bezüglich der Finanzierung nach Leistungskraft entfaltet das Solidarprinzip seine distributiven Effekte beim Ausgleich von Risiken:²⁹

- zwischen Gesunden und Kranken (Risikoausgleich),
- zwischen Besserverdienenden zu solchen mit niedrigen Löhnen und Gehältern (Sozial- bzw. Einkommensausgleich),
- zwischen kinderlosen Personen und kinderreichen Familien (Familienlastenausgleich) sowie
- zwischen Jungen und Alten (Generationenausgleich).

Um den freien Zugang bei gleichen Leistungen realisieren zu können, verfügt der Versicherte nach dem Bedarfsprinzip über einen Rechtsanspruch auf die medizinischen Diagnosen und Therapien, die zur Wiederherstellung seiner Gesundheit erforderlich sind. Dazu gehört auch, dass Versorgungskapazitäten für den Krankheitsfall vorgehalten werden, um dem Erkrankten den Zugang zu Versorgungsleistungen innerhalb einer angemessenen Zeit zu ermöglichen. Das Leistungsprinzip ist unmittelbar mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot verbunden, denn nur Versorgungsleistungen, die ausreichend und zweckmäßig sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, sind wirtschaftlich.³⁰

Darüber hinaus existieren auf der Sekundärzielebene in gesundheitspolitischer Hinsicht weitere relevante Schnittstellen zu den Stabilisierungs- und Wachstumszielen. Bezüglich des Stabilisierungsziels muss das Gesundheitssystem stabil und nachhaltig - also zukunftsfest - sein, denn nur so kann es dauerhaft seine Versorgungsaufgaben erfüllen. Das umschließt eine effiziente Allokation von Ressourcen, dynamische Aspekte einer optimalen Rate des medizinischen-tech-

²⁸ Vgl. Gerlinger, Th. (2014).

²⁹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S. 47; Gerlinger, Th. (2014).

³⁰ Vgl. Gerlinger, Th. (2014).

nischen Fortschritts sowie distributive Aufgaben. Zu den Letzteren zählen personelle Gerechtigkeitsaspekte, wie sie bereits weiter oben unter den Stichworten der intergenerativen und intragenerativen Gerechtigkeit dargelegt wurden.³¹ Auch zum Wachstumsziel gibt es spürbare Bezüge. Am deutlichsten ist das Verhältnis zwischen einer hohen BIP-Wachstumsrate und der soliden, nachhaltigen solidarischen Finanzierung zu erkennen, und zwar umso stärker, weil die jährlichen Steigerungsraten der Gesundheitsausgaben unter anderem infolge der demographischen Entwicklung sowie des medizinisch-technischen Fortschritts tendenziell stärker steigen als die der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Erschwerend kommt einnahmeseitig hinzu, dass die GKV mittels Grundlöhnen - also aus beitragspflichtigen Einnahmen sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung³² - solidarisch finanziert wird, deren jährliche Zuwachsraten tendenziell ebenfalls unterhalb der BIP-Wachstumsraten liegen. Ein unzureichendes gesamtwirtschaftliches Wachstum oder zu niedrige Lohnzuwächse schränken die GKV-Finanzierung dann reflexartig ein.

Auch wenn auf der Sekundärebene der wirtschaftspolitischen Zielpyramide kein unmittelbarer Bezug zu konkreten gesundheitlichen Zielen besteht, so lässt sich doch aus den bisherigen Erläuterungen ein mittelbarer Bezug ableiten:³³

- eine bedarfsgerechte Sicherstellung der Versorgungsleistungen nach Wirtschaftlichkeitsgebot und mit möglichst breit verfügbarer Qualität;
- ein gleicher Zugang zu mindestens gleichen Leistungen für alle Betroffenen, wobei der Zugang versicherungsseitig durch den Kontrahierungszwang und das Diskriminierungsverbot der gesetzlichen Krankenkassen umgesetzt wird;
- eine unter den bestehenden Rahmenbedingungen möglichst effiziente Bereitstellung von medizinischen Versorgungsleistungen bei einem gesamtwirtschaftlich vertretbaren Volumen des öffentlich finanzierten Ressourceneinsatzes; sowie
- eine gerechte und dauerhafte Finanzierung innerhalb der Solidargemeinschaft der GKV.

³¹ Vgl. Damm, K. / Schulenburg, J.M. (2012), S. 505.

³² Konkret erfolgt die Beitragsbemessung der GKV durch die sogenannte Grundlohnsomme. Darunter versteht man die Summe aller beitragspflichtigen Löhne und Gehälter, die zur Beitragsfinanzierung der Krankenkassen herangezogen werden.

³³ Vgl. auch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), S. 47; Cassel, D. (2000), S. 129f.

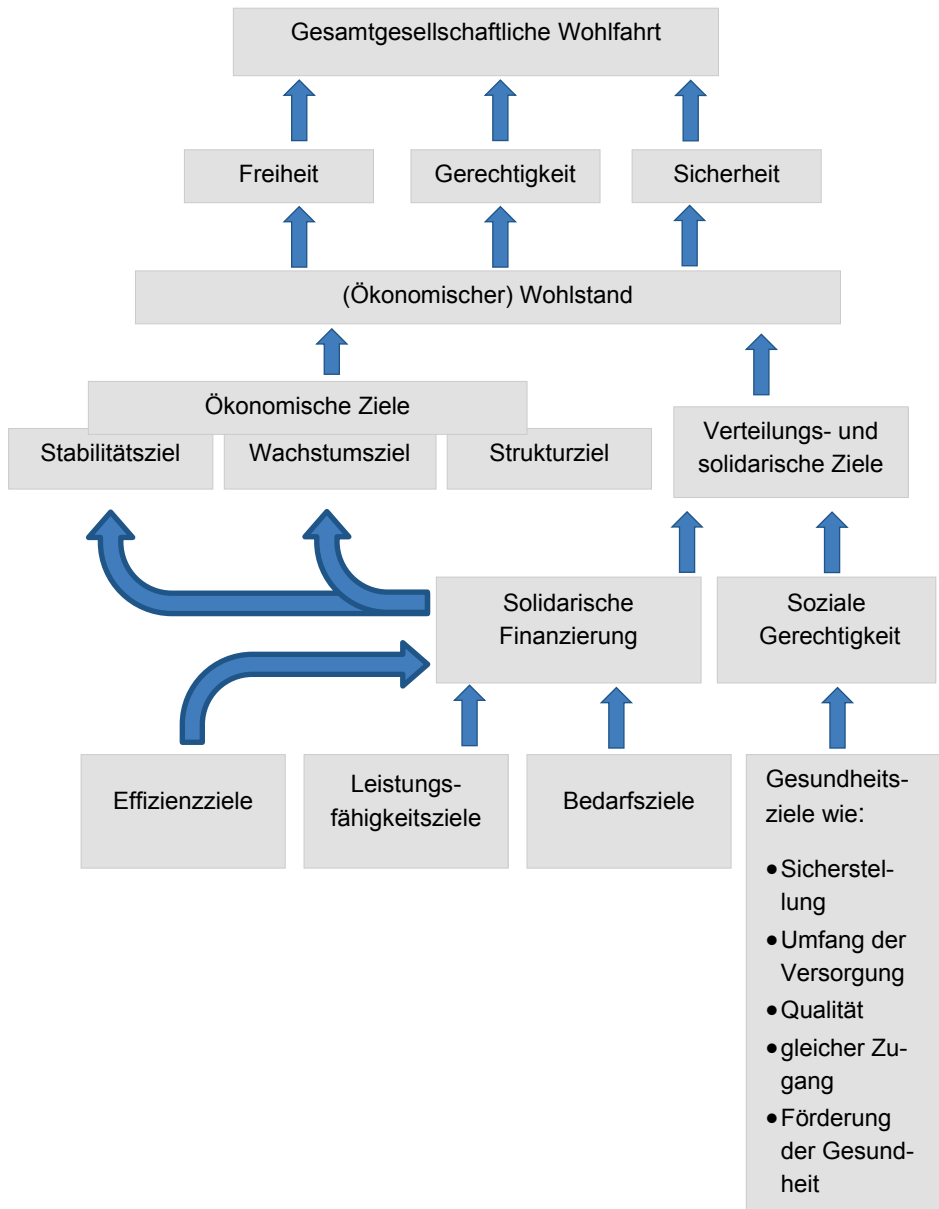
Werden die Überlegungen zu den gesundheitspolitischen Zielen zusammengefasst, so ergibt sich die in Abb. 2 illustrierte Zielhierarchie der Gesundheitspolitik im engeren Sinne.³⁴ An oberster Stelle stehen unverändert die drei Grundwerte Freiheit, Gerechtigkeit und Sicherheit, die zur gesamtgesellschaftlichen Wohlfahrt beitragen. Ihre ökonomische Grundlage bildet die „Maximierung des Wohlstands“. Implizit ist damit die Gesundheit als Teil des obersten Zielsystems endogenisiert, was am einfachsten dadurch zum Ausdruck kommt, dass sie die wesentliche Voraussetzung für ein Leben in Freiheit und Souveränität darstellt. Wohlstand soll demzufolge garantieren, dass ausreichend Ressourcen für die Gesundheitsversorgung der Gesellschaft zur Verfügung stehen.³⁵ Weil es im Gesundheitswesen jedoch nicht allein darum gehen kann, eine im Durchschnitt möglichst hohe Versorgung zu realisieren, sondern Ressourcen vor allem dorthin fließen müssen, wo sie sozial und medizinisch akut gebraucht werden, spielt die Ausgestaltung der Ziele auf der Sekundärebene eine große Rolle. Relevante gesundheits(-system)-bezogene Schnittstellen liegen hier vor allem im Bereich der Verteilungs- und solidarischen Ziele. Zu ihren (Unter-)Zielen zählt zum einen die solidarische Finanzierung, die auch zu einer gerechteren gesellschaftlichen Einkommensverteilung beiträgt, sowie zum anderen die Schaffung qualitativ sicherer und bedarfsgerechter Zugangs- und Versorgungsbedingungen. Schließlich sind die Effizienzziele zu erreichen, um eine zukunftsfeste Gesundheitsversorgung innerhalb der solidarischen Finanzierung sicherzustellen. Diese besitzen eine makroökonomische (Volumen des Ressourceneinsatzes für die Gesundheitsversorgung) und eine mikroökonomische Dimension (Verteilung der Ressourcen nach Verwendungsbereichen der Gesundheitsversorgung).³⁶

³⁴ Vgl. Koch, A.S. / Czogalla, Ch. / Ehret, M. (2008), S. 252f.

³⁵ Vgl. Fleßa, S. / Greiner, W. (2013), S. 19.

³⁶ Zur Unterteilung von makro- und mikroökonomischer Effizienz bei Gesundheitszielen vgl. den Beitrag von Arah et al. ((2006), S. 7). Dieser Beitrag stellt den Bezug für die OECD-Klassifizierung von Zielen der Gesundheitspolitik her. Demnach gehören neben Effizienz, die Qualität der Gesundheitsversorgung sowie Zugang und Gerechtigkeit zu den gesundheitspolitischen Zieldimensionen. Alle drei OECD-Dimensionen sind direkter oder indirekter Bestandteil der Zielpyramide in Abb.2.

Abbildung 2: Zielhierarchie der Gesundheitspolitik im engeren Sinne



Quelle: eigene Darstellung

Zur weiteren Konkretisierung wären auf der Ebene unterhalb der Unterziele so- dann operationalisierte Zielformulierungen und Prioritäten zu nennen, die instru- mentellen Mittelcharakter in Bezug auf die solidarischen Finanzierungsziele und die sozialen Gerechtigkeitsziele hätten. Hierzu könnten beispielsweise die Bei- tragssatzstabilität, die konkrete Begrenzung von Leistungen auf das Notwendige bzw. die definierte Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven, die Angemes- senheit der Vergütung von Leistungserbringern oder auch medizinisch-technolo- gische sowie gesundheitsbezogene und präventive Schwerpunktsetzungen zäh- len.³⁷

Da bei der Gesundheitspolitik als Wirtschaftspolitik das Kriterium „Krankheit“ im Fokus steht, streben alle gesundheitsnahen Ziele maßgeblich die Krankheitsver- sorgung und -bewältigung an. Die Leistungen, auf die die Versicherten Anspruch haben, sind vor allem solche der Krankenbehandlung, während Vorsorge und Prävention oder beispielsweise Krankengeld als Unterziele der sozialen Gerech- tigkeit eher subsidiären Charakter besitzen. Aus dieser Perspektive stellt Wirt- schaftspolitik das dominante Paradigma gesundheitspolitischen Handelns dar. Zwar versuchen sich beispielsweise die Krankenkassen als zentrale Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Wettbewerb als Gesundheitskassen auf- zustellen³⁸, ihre schwerpunktmäßige ordnungspolitische Rolle liegt aber per de- finitionem weiterhin beim vertraglichen Versorgungs- und Kostenmanagement. Solange Gesundheitsleistungen öffentlich bereitgestellt werden, prallen Effizienz und Verteilung - Wettbewerb und Staat - fortwährend aufeinander. Finanzielle und materielle Mittel, die in soziale Ziele und Aufgaben investiert werden, fehlen

³⁷ Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat dies- bezüglich bereits in seinem Sondergutachten 2000 ((1995), S. 49f.) anhand von kon- kreten Anwendungsbeispielen für die Schwerpunktbereiche „Diabetes“ sowie „Neu- geborene und Säuglinge“ ausführlich aufgezeigt, wie man zu konkreten Gesundheits- zielen und Maßnahmen kommen kann. Bei der Zielformulierung unterscheidet er zwi- schen inhaltlich-medizinischen, strategischen und unterstützenden Zielbereichen. Hierzu hat er eine Themenliste erstellt und empfiehlt, Strukturen aufzubauen, die die Kontinuität der Entwicklung konkreter Ziele und Maßnahmen befördern sollen (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), S. 52). Die Tatsache, dass nach über 20 Jahren keine spürbaren Fortschritte auf der instru- mentellen Ebene der Gesundheitsziele erreicht worden sind, deutet jedoch darauf hin, dass einer zu stark differenzierten Ausgestaltung von Gesundheitspolitik in der Realität (Komplexitäts-)Grenzen gesetzt sind.

³⁸ Vgl. Boroch, W. / Matusiewicz, D. (2016), S. 138ff.

dann für die Realisierung alternativer Ziele. Damit werden die vertikalen und horizontalen Zielbeziehungen zwischen und innerhalb der Ebenen und die damit verbundenen Zielharmonien und -konflikte relevant.

2.3 Zielharmonien und Zielkonflikte

Gesundheitspolitische und wirtschaftspolitische Ziele sind nicht voneinander isoliert, sondern besitzen vielfältige Schnittstellen. Diese können komplementär sein, sich also gegenseitig unterstützen, aber auch neutral oder konfliktionär. Zudem stehen sie auf unterschiedlichen Ebenen miteinander in Beziehung. Besonders offensichtlich wird dies bei den Grundwerten Gerechtigkeit und Sicherheit, die nicht nur Primärziele praktischer Wirtschaftspolitik darstellen, sondern zugleich oberste Ziele der Sozial- und damit auch der Gesundheitspolitik.³⁹ Andererseits existieren wiederum zwischen der Primär- und der Sekundärzielebene zahlreiche Schnittstellen, indem die Gesundheitspolitik je nach Ausgestaltung positiv oder negativ auf den ökonomischen Wohlstand einwirkt:

- Zielharmonien bestehen beispielsweise beim Stabilitäts- und Wachstumsziel insoweit, als dass der Gesundheitssektor selbst seit Jahren ein brummender Wachstums- und Beschäftigungsmotor ist. So liegen die Wachstumsraten im gesetzlichen und insbesondere im nichtstaatlichen Gesundheitsbereich regelmäßig oberhalb der allgemeinen BIP-Entwicklung.⁴⁰ Insbesondere die Beschäftigungszahlen stützen den deutschen Arbeitsmarkt. Inzwischen ist nahezu jeder achte Arbeitsplatz im dienstleistungsorientierten und arbeitsintensiven Gesundheitsgewerbe verankert. Während die Zahl aller Erwerbstätigen zwischen 2000 und 2015 deutschlandweit um 7,4% stieg, erhöhte sich die Zahl der im Gesundheitsbereich Beschäftigten um beachtliche 26,1%.⁴¹

³⁹ Vgl. Lampert, H. (1989), S. 50.

⁴⁰ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 392.

⁴¹ Vgl. Statistisches Bundesamt (2017,1) und (2017, 2).

- Der Gesundheitsbereich ist nicht nur dienstleistungs-, sondern vor allem auch technologieintensiv. Auf diesem Innovationsmarkt werden Güter entwickelt, produziert und diffundiert, die international handelbar sind. Entsprechend kann für entwickelte Volkswirtschaften wie Deutschland ein gut ausgebauter Gesundheitssektor einen Standortvorteil im internationalen Wettbewerb darstellen, der spürbar zur Wertschöpfung beiträgt und darüber hinaus hochqualifizierte Arbeitsplätze bereitstellt.
- Maßnahmen zur Überwindung von Krankheit bzw. zur Wiederherstellung von Gesundheit unterstützen wiederum eine der wichtigsten Ressourcen der Volkswirtschaft, nämlich das Arbeitskräftepotenzial. Wenn genesene Personen ihre Arbeitstätigkeit wiederaufnehmen, so werden dadurch die volkswirtschaftlichen Produktivitätsverluste durch Krankheit verringert. Unterstützend wirken zudem Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Grundsätzlich erzeugt eine gute Gesundheit Produktivitäts- sowie Kapazitätseffekte und wirkt sich positiv auf die Bildung von Humankapital aus.
- Weil zudem die Arbeitgeber über ihre anteilige GKV-Beitragsfinanzierung an den Kosten von Krankheit indirekt beteiligt sind, haben sie sowohl ein Interesse daran, die arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen für die Arbeitnehmer eigenständig zu reduzieren als auch daran, einen Anreiz dafür zu bieten, dass vorhandene Wirtschaftlichkeits- und Effizienzreserven im Gesundheitssystem ausgeschöpft werden.
- Das gesetzliche Krankengeld kompensiert wiederum den Ausfall von Arbeitseinkommen infolge von Krankheit und stabilisiert die Konsumgüternachfrage und die volkswirtschaftliche Beschäftigung.
- Schließlich zahlt eine verteilungsseitig orientierte Gesundheitspolitik auf die Grundwerte sozialer Frieden, soziale Gerechtigkeit und Sicherheit ein und trägt damit maßgeblich zur Akzeptanz des Wirtschaftssystems und der Systemstabilisierung bei. Daraus ergeben sich gewichtige volkswirtschaftliche und unternehmerische Standortvorteile.

Gesundheitspolitik im engeren Sinne unterstützt aber nicht nur die Volkswirtschaft,⁴² sondern beinhaltet daneben Zielkonflikte. Wie stark sich die daraus resultierenden Effekte jeweils auswirken, hängt in erster Linie von der Ausgestaltung des Gesundheitssystems ab. Dies soll am Beispiel des Krankengeldes nochmals verdeutlicht werden.

Allgemein sind die konjunkturstabilisierenden Nachfrageeffekte von Sozialtransfers wie dem Krankengeld umso höher, je umfänglicher sie die krankheitsbedingt ausgefallenen Arbeitseinkommen ersetzen. Je umfänglicher und länger jedoch ein solches kompensierendes Krankengeld gezahlt wird, desto größer sind andererseits die individuellen Anreize, es weiter zu beziehen. Hierbei darf allerdings nicht unterstellt werden, dass Menschen, die erkrankt sind, sich vorsätzlich dem gesellschaftlichen Produktionsprozess entziehen wollen. Gleichsam muss jedoch zur Kenntnis genommen werden, dass alle großen Krankenkassen ein proaktives Krankengeldmanagement aufgebaut haben, das Beratung, Motivations- und Leistungshilfen für die Wiedereingliederung von Personen mit Krankengeldbezug in den Arbeitsprozess bereitstellt. Die dortigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die Leistungs- und Anpassungsbereitschaft Einzelner trotz ihrer voranschreitenden Gesundung mitunter beeinträchtigt ist. Zwischen gesundheitsbezogenen und wirtschaftlichen Zielen existieren folglich Zielkonflikte.

Die beiden wichtigsten Konfliktbeziehungen aus ökonomischer Sicht betreffen potentielle konterkarierende Beschäftigungs- und Wachstumseffekte einerseits und Beeinträchtigungen von Freiheit und Selbstverantwortung andererseits. Beide Aspekte sind umstritten:

- Die Beeinträchtigung von Wachstum und Beschäftigung infolge zu hoher gesellschaftlicher Krankenversicherungsbeiträge ist ein häufig diskutiertes Thema.⁴³ Dies bezieht sich zum einen auf die Abgabelasten der Unternehmen und zum anderen auf die fiskalische Belastung der privaten Haushalte. Bei letzterem Aspekt wird vor allem die gesamtwirtschaftlich auf der Nachfrageseite wirksam werdende Senkung der verfügbaren Einkommen kritisiert. Zugleich können hohe soziale Abgaben Schwarzarbeit von priva-

⁴² Es soll nochmals darauf verwiesen werden, dass Gesundheitspolitik vornehmlich der medizinischen Versorgung der Bevölkerung dienen muss. Die Förderung struktur- oder wirtschaftspolitischer Ziele können für sie allenfalls nachrangige Bedeutung haben.

⁴³ Vgl. Lampert, H. (1989), S. 49ff.; Wille, E. (1999), S. 7ff.; Breyer, F. et al. (2001); Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S. 82ff.

ten Haushalten befördern, weil die Grenzerträge der Arbeit auf legalen Arbeitsmärkten als zu niedrig angesehen werden. Aus Sicht des Unternehmenssektors werden hohe Krankenversicherungsbeiträge als Lohnnebenkosten⁴⁴ kritisiert, die die Unternehmensgewinne beeinträchtigen und die Arbeitsnachfrage verringern können. Dieses Argument ist allerdings umstritten. So weist der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten 2003⁴⁵ darauf hin, dass es keine gesicherte Evidenz dafür gibt, dass sich höhere Beitragssätze zur Sozialversicherung auf die gesamtwirtschaftliche Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung auswirken.⁴⁶ Die Unsicherheit in der Beurteilung von Beschäftigungs- und Investitionseffekten infolge hoher Krankenversicherungsbeiträge darf allerdings nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Sozialkosten insgesamt - also alle Sozialversicherungsbeiträge, Steuern und Sozialregelungen - Grenzen der Belastbarkeit von Unternehmen und privaten Haushalten tangieren, wovon insbesondere die gesellschaftliche Mitte betroffen ist. Zugleich ist die kritische Frage zu stellen, ob und inwieweit die Wachstumsdynamik durch eine stärkere privatwirtschaftliche Öffnung des Gesundheitsbereichs nicht beschleunigt und daraus resultierende Effekte für die Einkommens- und Arbeitsmarktentwicklung erhöht werden könnten.⁴⁷ Aktuell ergibt sich diese Fragestellung zunehmend gerade auch vor dem Hintergrund der digitalen Anpassungsherausforderungen, deren Entwicklungspotentiale infolge der umfänglichen und hohen regulativen Hürden zu langsam oder unvollständig ausgeschöpft werden.

⁴⁴ Der Begriff der Lohnnebenkosten wird nicht einheitlich verwendet. Insbesondere in der ideologischen eingefärbten Diktion der Arbeitgeberverbände werden sie als Lohnzusatzkosten bezeichnet.

⁴⁵ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S. 83; siehe auch Breyer, F. et al. (2002), S. 656ff.

⁴⁶ Forscher von IGES und BASYS sind im Auftrag der Techniker Krankenkasse Anfang des Jahrtausends der Frage nachgegangen, ob und inwieweit die Arbeitgeber durch die gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträge belastet werden. Sie errechneten, dass die gesundheitssystembedingte Arbeitgeberbelastung 3,2% vom Wert aller in Deutschland produzierten Güter und Dienstleistungen ausmachen würde. Dieser Anteil beschreibt das Potenzial, um das die hier im Inland hergestellten Produkte theoretisch günstiger würden, wenn die Arbeitgeber vollständig von den Gesundheitskosten entlastet würden (vgl. Häusler, B. et al.: 2006).

⁴⁷ Vgl. Straubhaar, T. et al. (2006).

- Konkurrenzbeziehungen zwischen Freiheit und Eigenverantwortung einerseits sowie sozialer Gerechtigkeit andererseits werden vor allem dort vermutet, wo bereits ein hohes, flächendeckendes Niveau der sozialen Sicherung erreicht ist. Ökonomisch werden alsdann bei weiterer Anhebung der Leistungsniveaus die Freiheitsspielräume der Gesellschaftsmitglieder und ihre Eigenverantwortung sowie die Anreize zur selbstverantwortlichen Risikovermeidung und Risikovorsorge reduziert. Dies wäre umso kritischer, wenn durch Einkommensumverteilungen nicht mehr die Unterschiede in der Leistungsbereitschaft erkennbar sind. Ob und inwieweit das soziale Leistungsniveau in Deutschland eine Höhe erreicht hat, die es ermöglicht, entsprechende ökonomische Effekte auszusenden, lässt sich allerdings ebenfalls nicht eindeutig empirisch nachweisen. Gegenwärtig wird in Bezug auf das globale Auseinanderdriften von Einkommen und Vermögen eher die umgekehrte Diskussion mit dem Tenor geführt, dass eine ungleiche Verteilung Wachstumshemmnisse befördert.⁴⁸ Ungeachtet dessen sollte man allerdings im Blick behalten, dass sich das tatsächliche Volumen der Sozialtransfers derzeit auf einem historisch vergleichsweise hohen Niveau bewegt.

Gesundheitspolitik als Bestandteil der Wirtschaftspolitik fokussiert sich vornehmlich auf ökonomischen Aspekte des Gesundheitssystems. Die gesamtwirtschaftliche Finanzierbarkeit, die Allokation von Gesundheitsgütern und -leistungen sowie wettbewerbliche Effizienzgesichtspunkte zielen darauf ab, eine bestmögliche, bedarfsgerechte medizinische Versorgung der Bevölkerung im Krankheitsfall sicherzustellen. Zudem gehen die solidarischen Verteilungsziele grundsätzlich konform mit der sozialen Marktwirtschaft, die ausgewählte staatliche und insbesondere distributive Eingriffe im Rahmen ihrer regulierenden Prinzipien befürwortet. Entsprechend hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten von 2003⁴⁹ hervorgehoben, dass der dem Solidarprinzip innewohnende Umverteilungsmechanismus normativ fest in der Gesellschaft verankert ist. Das bezeugt, dass Gesundheitspolitik eine hohe

⁴⁸ Siehe u. a. Piketty, Th. (2013).

⁴⁹ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S. 56.

gesellschaftliche Relevanz und Akzeptanz besitzt. Zugleich stellt der Sachverständigenrat⁵⁰ jedoch fest, dass das Hauptgewicht der aktuellen Gesundheitspolitik auf der Finanzierungsseite liegt – also im definierten Sinne eng ist – solange die selektivvertraglichen Spielräume relativ gering sind, die Risikobereitschaft der Krankenkassen infolge des einnahmen- und ausgabenorientierten Umlageverfahrens nur schwach ausgeprägt ist und zudem der Leistungskatalog zu 90 bzw. 95% einheitlich ist. Diese Situation, die uneingeschränkt auch heute noch gilt, ruft Kritik hervor. Sie führt zur Forderung nach einer weiter zu fassenden Gesundheitspolitik, die sich von der Finanzierungsseite stärker löst, konkretere Gesundheitsziele verfolgt und vermehrte Bezüge zu sozialen Umfeldbedingungen aufweist, indem sie den multifaktoriellen Bedingungen von Gesundheit wie Bildung, Geografie, Klima, kulturellem Lebensstil u.v.m. Rechnung trägt. Diese Forderung geht mit der Diskussion um eine qualitative Wachstumspolitik einher, die Nachhaltigkeit und Lebensqualität gegenüber „bloßer“ Wohlstandsmaximierung postuliert.⁵¹

⁵⁰ Vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003), S. 45.

⁵¹ Vgl. Majer, H. (2001), S. 468ff.; vgl. auch Fußnote 24.

3 Gesundheitspolitik als gesundheitsbasierte Interventionspolitik

Bei der Gesundheitspolitik als gesundheitsbasierte Interventionspolitik ist die Gesundheit selbst Zielgröße sowie dominantes Paradigma allen politischen Handelns. Sie wird maßgeblich durch die wesenseigenen Denkkategorien des anwendungsorientierten Fachgebiets der Gesundheitswissenschaften bzw. der Public Health geprägt. Zuvorderst gilt es hier, durch die Reduzierung krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität sowie des vorzeitigen Todes die gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu verbessern.⁵²

3.1 Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitsziele

Was unter gesundheitlicher Lage der Bevölkerung zu verstehen ist, wird in Anlehnung an den Gesundheitsbegriff der WHO in einem weit gefassten Sinne verstanden. Demnach ist „Gesundheit ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“.⁵³ Nicht der ökonomische Wohlstand, sondern das gesundheitliche Wohlbefinden und soziale Wohlergehen stehen im Vordergrund der Überlegungen dieses Konzepts. Es ist nunmehr Aufgabe einer proaktiven, vorrangig staatlich gesteuerten öffentlichen Gesundheitspolitik, das Wohlbefinden des Bürgers zu unterstützen, zu erhalten und im Falle einer Erkrankung wiederherzustellen. Das erfordert eine Gesundheitsstrategie, die bereits bei den Krankheitsursachen und bei der Krankheitsvermeidung ansetzt, also deutlich früher greift als politische Konzepte der Krankheitsbewältigung und -versorgung. Entsprechend findet Gesundheitspolitik überall dort statt, wo durch die Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen und Verhaltensanreizen die Wahrscheinlichkeit der Krankheitsentstehung sowie der Verlauf von und der Umgang mit Erkrankungen – positiv oder negativ – beeinflusst werden können.⁵⁴

Im Kern bedeutet dies Gesundheitsförderung und Prävention in allen Lebensbereichen des Menschen, denn so kann nach Auffassung der Protagonisten dieses gesundheitswissenschaftlichen Ansatzes das Wohlbefinden der Menschen entscheidend unterstützt und erhalten werden.⁵⁵ Gesundheitspolitik wird nach dieser Perspektive zu einer staats- und gesellschaftspolitischen Querschnittsaufgabe.

⁵² Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 12f.

⁵³ WHO (1946; 1974).

⁵⁴ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 27.

⁵⁵ Vgl. Hurrelmann, K. / Klotz, Th. / Haisch, J. (2014), S. 13ff.; Altgelt, Th. / Kickbusch, I. (2012), S. 187f.; Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014).

Neben ihrem zentralen Bestimmungsgegenstand, der Gesundheit, umfasst sie noch weitere politisch gestaltbare Handlungsfelder wie Umwelt, Arbeit, Landwirtschaft, Bildung, Verkehr, Wohnen, öffentliche Sicherheit, Verbraucherschutz und nicht zuletzt auch Wirtschaft und Finanzen. Dies hat zur Konsequenz, dass bei allen politischen (Fach-)Konzepten und Maßnahmen jeweils die gesundheitlichen Implikationen zu berücksichtigen sind.⁵⁶ Gesundheitspolitik aus dieser ressortübergreifenden Perspektive betrachtet, wird als eine Gesundheitspolitik im weiteren Sinne verstanden und umfasst „die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen und sozialen Gruppen Einfluss nehmen, gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstellen oder auch nur die individuellen und sozialen Folgen von Krankheit lindern“.⁵⁷ Die WHO fasst die weitreichenden Aufgaben der Gesundheitspolitik unter Verwendung des Begriffs „Governance“ (dt. Politikgestaltung, Steuerung, Führung) ergänzend zusammen als „das Bemühen der Regierungen oder anderer Akteure, Bevölkerungsgruppen, ganze Länder oder sogar Gruppen von Ländern in ihrem Bestreben nach Gesundheit als integralem Bestandteil von Wohlergehen durch einen gesamtstaatlichen wie auch gesamtgesellschaftlichen Ansatz zu steuern“.⁵⁸ Im Verhältnis zu diesem allumfänglichen, ganzheitlichen Politikansatz wird die Finanzierung von Gesundheitsleistungen allenfalls als ein sehr gewichtiges Nebenziel verfolgt.⁵⁹ An oberster Stelle steht die Gesundheit, das Geld ist nachrangig. Mitunter hat es sogar den Anschein, als ob Finanzierungsfragen gewollt oder ungewollt vollständig ausgeblendet werden.

Gesundheitspolitik bedeutet in diesem Zusammenhang, dass öffentliche, gesundheitsbasierte Interventionen vor marktorientierten Allokationsprozessen Vorrang haben: Nicht der spezifisch regelgebundene Gesundheitsmarkt bewirkt die Verteilung von Gesundheitsgütern und -dienstleistungen, sondern diese wird politisch durch Koordination, Kooperation und Kommunikation der beteiligten Akteure bestimmt. Dazu lassen sich – wie in Abb. 3 illustriert – Interventionsfelder und Interventionstypen bestimmen. Danach sind auf einem Kontinuum zwischen vollständiger Gesundheit und Wohlbefinden (1,0) sowie Tod (0) verschiedene Zustände menschlicher Gesundheit abgetragen, geordnet nach Risikoexposition,

⁵⁶ Vgl. Hurrelmann, K. / Klotz, Th. / Haisch, J. (2014), S. 21; WHO (2013,1), S. 77ff.

⁵⁷ Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 12.

⁵⁸ WHO (2013,1), S. 78. In diesem Zusammenhang spricht man auch von der Gesundheit in allen Politikbereichen (Health in All Policies) bzw. der sogenannten intersektoriellen Gesundheitspolitik.

⁵⁹ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 13.

Gesundheitseinschränkung und Erkrankung. Die jeweiligen Gesundheitszustände werden mit einzelnen Interventionsfeldern gleichgesetzt, die wiederum unterschiedlichen Interventionstypen (Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) zugeordnet werden, so dass Gesundheitspolitik quasi zu einer Gesundheitsintervention wird, die die Bevölkerung und das Individuum lebenslang begleitet. Die gesundheitspolitische Stoßrichtung dieses Denkansatzes besteht darin, zu jedem Zustand der Bevölkerung, eines jeden Menschen, die entsprechenden Interventionen zur Verfügung zu stellen – einschließlich des barrierefreien Zugangs zu allen erforderlichen Leistungen. Jedem Gesundheitszustand sind dementsprechend unterschiedliche administrative und professionelle sowie fachinterne und -übergreifende Zuständigkeiten zugeordnet. Im Rahmen der Steuerungsphilosophie von Koordination, Kooperation und Kommunikation werden sodann interventionsspezifische Maßnahmen und weitere politisch gestaltbare Querschnittsaktivitäten ausgelöst. Auf diese Weise soll Gesundheit bestmöglich erhalten bleiben und einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der Bevölkerung entgegengewirkt werden.⁶⁰

Abbildung 3: Interventionsfelder und -typen der Gesundheitspolitik im weiteren Sinne

Zustand				
• Gesundheit und Wohlbefinden	• Spezifische und unspezifische Gesundheitsrisiken, Befindlichkeitsstörungen	• Behandlungsfähige Befunde ohne Symptome	• Akute und chronische Erkrankungen, Behinderungen	• Tod
Interventionstyp				
• Gesundheitsförderung	• Belastungssenkung und Gesundheitsförderung (Primärprävention)	• Früherkennung und Frühbehandlung, Belastungssenkung und Gesundheitsförderung (Sekundärprävention)	• Medizinische Behandlungen, medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation; Pflege; Belastungssenkung und Gesundheitsförderung (Tertiärprävention)	

Quelle: Rosenbrock, R. (1998), in: Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 23

⁶⁰ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 23.

Angestrebt wird demnach nicht nur ein möglichst guter stationärer Gesundheitszustand, sondern dessen Verlauf soll auch über die gesamte Lebenszeit stabilisiert werden. Direkte und indirekte gesundheitsbezogene Interventionen wären dabei so einzusetzen, dass sich mit ihnen der größtmögliche Gesundheitsgewinn erzielen ließe. Als Orientierungshilfe für die jeweiligen Entscheidungen gelten die folgenden normativen Leitlinien, und zwar unabhängig davon, ob sie sich auf das einzelne Individuum oder die gesamte Bevölkerung beziehen:⁶¹

- Über das normale Maß der Alterung hinausgehende gesundheitliche Beeinträchtigungen und Funktionsstörungen sind zu verhüten, versorgungsseitig zu bekämpfen und individuell möglichst selbstbestimmt zu bewältigen.
- Die Priorisierung der Interventionen bedient sich der Entscheidungsregelungen der kurativen Medizin für therapeutische Eingriffe am Menschen. Damit sind schwere und häufig auftretende Fälle, solchen, die von leichteren und selteneren Problemen geprägt sind, regelmäßig vorzuziehen. Zusätzlich sind Maßnahmen im Einzelnen und im Vergleich von Alternativen so zu beurteilen, dass sie ganzheitlich bewertet werden. Demzufolge sind alle erwünschten und unerwünschten Wirkungen sowohl aus gesundheitlichen und sozialen als nicht zuletzt auch aus ökonomischen Aspekten einzubeziehen. Schließlich müssen als Entscheidungsregel die erwünschten Effekte überwiegen und die unerwünschten tolerabel sein.
- In Bezug auf den Einzelnen gelten die medizinischen Grundsätze der Selbstbestimmung. Dies umfasst die Bevorzugung der persönlichen Selbst- gegenüber der professionell medizinischen Fremdsteuerung und den Schutz der Schwächeren im Sinne von positiver Diskriminierung.

Neben diesen Entscheidungsregeln wird unterstützend ein Set von expliziten Zielen gefordert. Dadurch soll die Ergebnisorientierung der Gesundheitspolitik gestärkt und die Diskussion in der Öffentlichkeit von Allokationsfragen zu Sachfragen mit konkretem Gesundheitsbezug und Möglichkeiten der Ergebnisüberprüfung gelenkt werden.⁶² Die Ziele selbst sind sachlich und regional sehr unterschiedlich. Sie werden souverän von internationalen Organisationen mit Gesundheitsbezug wie der WHO, von nationalen Regierungen sowie Ministerien und

⁶¹ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 23.

⁶² Vgl. Schwartz, F.W. / Kickbusch, I. / Wismar, M. / Krugmann, C.S. (2012), S. 244.

weiteren verantwortlichen Institutionen und Gesundheitsakteuren initiiert und politisch beschlossen.⁶³ Das bedeutet, dass sowohl internationale als auch nationale sowie länderbezogene und kommunale Gesundheitsziele existieren. Die jeweiligen Ziele stehen sowohl vertikal (zwischen den regionalen Ebenen) als auch horizontal (innerhalb der regionalen Ebenen) nur in einem losen, zumeist unverbindlichen Zusammenhang und folgen in der Regel keinem konsistenten Priorisierungsmuster. Sie werden von Land zu Land unterschiedlich⁶⁴ nach regional-spezifischen, gesundheitsbezogenen Dringlichkeiten abgeleitet und unterliegen allenfalls aufgrund ihrer länderübergreifenden Mehrfachnennung oder im Rahmen internationaler Kooperationsvereinbarungen einer Schwerpunktsetzung.

Beispielhaft seien im Folgenden die Gesundheitsziele genannt, die der Kooperationsverbund „gesundheitsziele.de“⁶⁵ seit dem Jahr 2007 für Deutschland organisiert und (weiter-)entwickelt:⁶⁶

- „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ (2003);
- „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ (2003);
- „Tabakkonsum reduzieren“ (2003, Aktualisierung 2015);
- „Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung und Ernährung“ (2003, Aktualisierung 2015);
- „Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“ (2003, Aktualisierung 2011);
- „Depressive Erkrankungen verhindern, früh erkennen und nachhaltig behandeln“ (2006);
- „Gesund älter werden“ (2012);
- „Alkoholkonsum reduzieren“ (2015); sowie
- „Gesundheit rund um die Geburt“ (2017).

⁶³ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 319ff.; Schwartz, F.W. / Kickbusch, I. / Wismar, M. / Krugmann, C.S. (2012), S. 244ff.

⁶⁴ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 397.

⁶⁵ www.gesundheitsziele.de/cgi-bin.de.

⁶⁶ Die Gesundheitsziele in Deutschland sind mit der 72. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) im Juni 1999 entscheidend vorangetrieben worden. Die Länder hatten sich seinerzeit in der Konferenz darauf verständigt, Gesundheitspolitik zukünftig zielorientierter zu gestalten. Auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit und der GMK wurde daraufhin das Forum gesundheitsziele projektseitig ins Leben gerufen. Nach Ende der Modellphase ist dann 2007 der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de entstanden, der aus mehr als 120 Gesundheitsakteuren besteht und seither Haupttreiber für die nationalen Gesundheitsziele ist (vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 397f.) Gestärkt wurden die Gesundheitsziele durch das Präventionsgesetz vom Juli 2015, das erstmals eine gesetzliche Grundlage für die Ziele bereitstellt.

Die einzelnen Gesundheitsziele beruhen auf den Vereinbarungen von Politik, Selbstverwaltung und Wissenschaft. Das Zieleset wurde zeitlich unterschiedlich ausformuliert und ist – wie man der Auflistung entnehmen kann – nicht abgeschlossen. Dies ist ein typisches Merkmal vieler Gesundheitszielprozesse, die offen entwickelt werden und sich nach dem üblichen rollierenden Public-Health-Aktionszyklus über die Stufen Problembewertung – Zielformulierung – Implementation – Evaluation ausrichten.⁶⁷

Als übergeordnetes Ziel definiert der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de⁶⁸ die „Gesundheit der Bevölkerung“, die entweder in den genannten Bereichen oder gezielt für bestimmte Gruppen zu verbessern ist. Parallel dazu sollen die Strukturen optimiert werden, die die Gesundheit der Bevölkerung und ihre Krankenversorgung beeinflussen. Gesundheitsziele stellen demnach den gemeinsamen, strategischen Handlungsrahmen für planmäßiges Handeln und Transparenz dar. Explizit wird hervorgehoben, dass es sich bei den Gesundheitszielen um ein ergänzendes gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument handelt.

3.2 Zielpyramide der weiten Gesundheitspolitik

Eine Zielpyramide der Gesundheitspolitik, die dazu dient, Zielhierarchien und Zielebenen festzulegen, ist im vorliegenden public health-orientierten Konzept explizit nicht vorgesehen bzw. zu erkennen. Dies ist unter anderem auch darauf zurückzuführen, dass dieser Denkansatz verstärkt prozessual über die lernbasierte, rollierende Aktions-Zyklus-Spirale argumentiert. Demnach vollziehen sich politische Entscheidungsprozesse weniger rational, planbar und regelbasiert als vielmehr konfliktthaft, unsystematisch und machtgeleitet.⁶⁹ In der Konsequenz existiert auch kein auf Vollständigkeit ausgerichtetes, konsistentes Set an Gesundheitszielen. Dementsprechend lässt sich allein mit den von der gesundheitsziele.de festgelegten Gesundheitszielen noch keine gesundheitspolitische Zielpyramide erstellen, denn die dort festgelegten Ziele sind für diesen Zweck zu punktuell und in weiten Teilen zu maßnahmenorientiert formuliert. Einzelne Gesundheitszielkonzepte wie das der WHO⁷⁰ stellen den Gesundheitszielen zwar strategische Handlungslinien

⁶⁷ Zu den einzelnen Prozessschritten der Auswahl, Entwicklung, Umsetzung und Evaluation von Gesundheitszielen siehe Robert Koch-Institut (2015), S. 399f.

⁶⁸ www.gesundheitsziele.de/cgi-bin.de.

⁶⁹ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 25f.

⁷⁰ Vgl. WHO (2013,1).

voran⁷¹, aber auch diese können innerhalb einer Zielpyramide konkret ausgewiesene gesundheitsbezogene Primärziele nicht ersetzen.

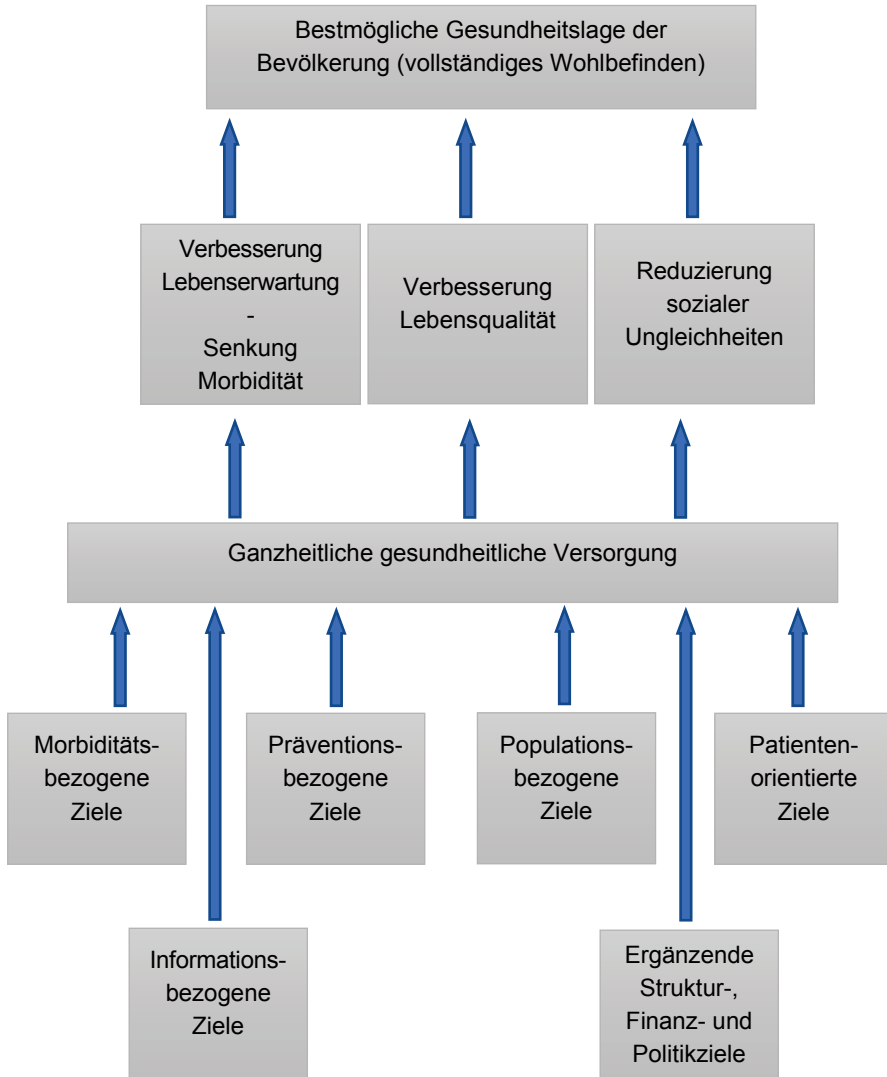
Wie eingangs des Kapitels dargelegt, wird bei der Gesundheitspolitik im weiteren Sinne die Gesundheit selbst zur Zielgröße. Für die Konstruktion einer gesundheitspolitischen Zielpyramide auf der Grundlage public health-orientierter Überlegungen bieten sich als gesundheitsbezogene Primärziele in Anlehnung an Schwartz et al.⁷² die drei folgenden Ziele an: „Verbesserung der Lebenserwartung – Senkung der Morbidität“, „Verbesserung der Lebensqualität“ und „Reduzierung sozialer Ungleichheiten“ (Abb. 4).

⁷¹ Als Leitlinien werden zwei grundlegende strategische Ausrichtungen und vier grundsätzliche prioritäre Handlungsfelder formuliert (vgl. WHO (2013,1), S. 11ff.). Zu den beiden strategischen Leitlinien zählen:

- Gesundheit ist eine wichtige Ressource und ein Aktivposten für die Gesellschaft; sowie
- mehr Gerechtigkeit und Führung im Gesundheitsbereich.

⁷² Schwartz, F.W. et al. (2012), S. 243.

Abbildung 4: Zielbeziehungen der Gesundheitspolitik im weiteren Sinne



Quelle: eigene Darstellung

Gebündelt richten sich diese Primärziele darauf, ein übergeordnetes gesamtgesellschaftliches Gesundheitsziel zu erreichen. Dieses normative Finalziel kann wie beim Kooperationsverbund der gesundheitsziele.de durch die „Gesundheitslage der Bevölkerung“ oder in Anlehnung an die WHO alternativ durch das „Wohlbefinden“ oder „soziale Wohlergehen der Bevölkerung“ beschrieben werden.

Als Filter für die Sekundärziele dient das Primärziel „ganzheitliche gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung“. Inhaltlich umfasst dieses Ziel nach zuvor beschriebener Public-Health-Logik lebenslang begleitende, gesundheitsbezogene Interventionen entlang unterschiedlicher Gesundheitszustände. Dies hat zur Folge, dass die Detailbeschreibung bzw. Operationalisierung des Filters aufgrund seiner zustandsbezogenen und situativen Komplexität eher normativ vage und punktuell ausfällt. Sie bezieht sich im jeweiligen Fall auf die folgenden beiden Fragen: Was ist versorgungsseitig „gut“ bzw. „schlecht“ für die Bevölkerung? und: Wie werden bestmögliche Gesundheitsgewinne erzielt?

Auch für die Sekundärzielebene sind die deutschen Gesundheitsziele zu unsystematisch abgeleitet. Deshalb bietet es sich an, die Gesundheitsziele nach Zielebezug zu sortieren:⁷³

- Gesundheitsziele mit Morbiditätsbezug („Diabetes mellitus Typ 2“, „Brustkrebs“, „depressive Erkrankungen“);
- Gesundheitsziele mit Präventionsbezug („Tabakkonsum und Alkoholkonsum reduzieren“);
- Gesundheitsziele mit Patientenbezug („Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken“);
- Gesundheitsziele für Bevölkerungsgruppen („Gesundheit rund um die Geburt“, „Gesund aufwachsen“, „Gesund älter werden“);

ergänzend:

- Gesundheitsziele mit Informationsbezug;
- Gesundheitsziele mit Versorgungsstrukturbezug;
- Gesundheitsziele mit Finanzierungsbezug;

⁷³ Vgl. Schwartz, F.W. / Kickbusch, I. / Wismar, M. / Krugmann, C.S. (2012), S. 249; Robert Koch-Institut (2015), S. 399.

sowie schließlich aufgrund des Querschnittcharakters von Gesundheitspolitik

- gesundheitsbezogene Ressortziele paralleler Politikfelder (Leitfaden „Gesundheitliche Chancengleichheit“).

Während den vier zuvorderst genannten gesundheitsbezogenen Sekundärzielen konkrete Unterziele bzw. Programme zugeordnet werden können, liegen zu den ergänzenden Zielfeldern, die hier zusätzlich formuliert wurden, keine Aktivitäten vor. Allenfalls zum Bereich der Ressortziele paralleler Politikfelder wurde bisher ein Set sogenannter Querschnittsanforderungen formuliert. Dazu gehören das Gender Mainstreaming, die Stärkung der Selbsthilfe, die gesundheitliche Chancengleichheit und vier weitere Anforderungen.⁷⁴ Am konkretesten ausgearbeitet ist die Querschnittsanforderung gesundheitliche Chancengleichheit, zu der ein Leitfaden entwickelt wurde, der die drei sozialen Diversitätsmerkmale Geschlecht, sozioökonomischer Status und Migration beinhaltet.⁷⁵ Darüber hinaus darf nicht vernachlässigt werden, dass es seit Jahren öffentlich initiierte Maßnahmen zur Stärkung der Datengrundlagen im Gesundheitswesen gibt, die indirekt auf das Ziel Informationsbezug ausgerichtet sind. Prominente Beispiele dafür sind die Gesundheitsberichterstattung des RKI⁷⁶ oder der WHO-Aktionsplan zur „Verstärkung der Nutzung von Evidenz, Gesundheitsinformationen und Forschung für die Politikberatung“⁷⁷.

Auf Grundlage der genannten Zielkomponenten wurde die in Abb. 4 illustrierte Zielpyramide der Gesundheitspolitik im weiteren Sinne erstellt. Die darin bewusst herbeigeführte hierarchische Anordnung der Gesundheitsziele eröffnet eine stärker strukturelle, steuerungsorientierte Perspektive. Faktisch steht diese Vorgehensweise allerdings eher im Widerspruch zu der zirkularen, lernbasierten Politikansicht gesundheitswissenschaftlicher Ansätze, in denen betont wird, dass sich gesundheitspolitische Ursachenzuschreibungen und Entscheidungen sowie die entsprechende Wahl der Ziele und Instrumente weniger an Sachlogiken als an Macht- und Interessenkonstellationen ausrichten.⁷⁸ Um diesen ergebnisoffenen politischen Prozess zumindest zu kanalisieren, folgen die Gesundheitswissenschaften einer Top-down-Bottom-up-Logik.

⁷⁴ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 398.

⁷⁵ Vgl. Robert Koch-Institut (2015), S. 399.

⁷⁶ Siehe Robert Koch-Institut (2015).

⁷⁷ Siehe WHO (2016).

⁷⁸ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 20ff.

Aus der Top-down-Perspektive initiiert und steuert der Staat gesundheitspolitische Prozesse und Entscheidungen. Im Zusammenspiel mit den relevanten staatsnahen Akteuren der Selbstverwaltung werden die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen festgesetzt und die erforderlichen Interventionsentscheidungen getroffen. Gesundheitspolitische Verantwortung wird damit zunächst einmal von oben nach unten diktiert, indem Staat und Selbstverwaltung fürsorglich selektiv ausgewählte Gesundheitsziele vorgeben. Dabei spielen – wie dargelegt – insbesondere Strategien der Gesundheitsförderung über alle Interventions- und Handlungsfelder hinweg eine gewichtige Rolle, wobei sie stets dem Ziel folgen, die Bevölkerung in die bestmögliche gesundheitliche Lage zu versetzen. Damit geht die Gesundheit zunehmend in eine öffentliche Sozialverantwortung über, woraus zugleich die Forderung resultiert, den öffentlichen Gesundheitsdienst zu stärken. Bottom-up sind im Gegenzug die politischen Interventionsentscheidungen basisdemokratisch mittels einer auf Kommunikation, Koordination und Kooperation beruhenden Politik zu legitimieren. Zu diesem Zweck sind wiederum die Bürger, in ihren Fähigkeiten, Kompetenzen und Rechten zu stärken. Die beiden wichtigsten freizusetzenden bürgerlichen Ressourcen sind Empowerment und Partizipation.⁷⁹ Empowerment bezeichnet einen Entwicklungsprozess bei dem Einzelne und Gruppen ihre eigenen Stärken zur Gestaltung ihrer Lebenswelt entdecken. Dabei sollen sie einerseits empowert werden, um sich politische Macht anzueignen und sie weiterzugeben, und andererseits ist ihre Selbstbestimmung – nicht zu verwechseln mit Eigenverantwortung⁸⁰ – im Sinne der Gewinnung und Wiedergewinnung von Kontrolle über die eigenen Lebensbedingungen zu fördern. Eng damit verbunden ist die Partizipation, die vorrangig dazu dienen soll, die selbstreflektierte Zusammenarbeit von Akteuren vor Ort zu verbessern, und zwar insbesondere im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Ein praktisches Beispiel für diesen Top-down-initiierten und auf Partizipation beruhenden public health-orientierten Prozess ist die ortsnahe Koordinierung in NRW.

Der Perspektivwechsel der Gesundheitspolitik im weiteren Sinne ist im Vergleich zu demjenigen der Gesundheitspolitik im engeren Sinne beträchtlich. Die Frage nach einem durchdachten und widerspruchsfreien Zielsystem stellt sich gar nicht erst, denn die jeweils verfolgten Ziele sind hier das Ergebnis selektiver politischer

⁷⁹ Vgl. Schwartz, F.W. / Kickbusch, I. / Wismar, M. / Krugmann, C.S. (2012), S. 249; Altgelt, Th. / Kickbusch, I. (2012), S. 191f.

⁸⁰ Siehe hierzu Schmidt, B. (2008).

Entscheidungsprozesse. Zwar werden damit die Schnittstellen zur politischen Lebensrealität deutlich sichtbar; gleichsam ist ihre gesamtgesellschaftliche und wirtschaftliche Einbettung im Sinne von Zielharmonien, -konflikten und Interdependenzen im Weiteren zu erörtern.

3.3 Interdependenzen zwischen Gesellschafts-, Staats- und Wirtschaftsordnung

Weil die Gesundheit an höchster Stelle der politischen Präferenzordnung steht und Allokationsregeln entsprechend dieser Denkphilosophie nachrangig bewertet werden, sind alle potentiellen Konflikte zwischen Finanzierung, Gesundheitsversorgung und -struktur sowie Gesundheitszielen grundsätzlich zugunsten des gesundheitlichen Wohlergehens der Bevölkerung aufzulösen bzw. zumindest partizipatorisch zu beeinflussen. Das gilt auch für die bereits zuvor genannten angrenzenden Politikfelder wie Bildung, Verkehr, Umwelt etc. So wird beispielsweise im Konzept Health 2020 der WHO⁸¹ eine Verbesserung der Führungskompetenz und der partizipatorischen Politikgestaltung zugunsten von Gesundheit eingefordert. Damit sind sektorübergreifende Ansätze für Gesundheit sowie die Forderung verbunden, dass die gesundheitspolitisch Verantwortlichen gegenüber angrenzenden Ressorts als Makler und Anwälte der Gesundheit auftreten und dafür Sorge tragen, dass bei allen politischen Entscheidungen gesundheitliche Aspekte hinreichend und – sofern möglich – vorrangig berücksichtigt werden.⁸² Im Rahmen dieses gesamtgesellschaftlichen und staatspolitischen Ansatzes⁸³ werden Zielkonflikte durch Kooperation und Koordination beigelegt, so dass im Idealfall überwiegend Zielharmonien verbleiben, die sich vollständig entfalten.

Diese Zielharmonien umschließen einige der bereits im Kapitel „Gesundheitspolitik als Wirtschaftspolitik“ erörterten Ziel-Ziel-Beziehungen wie etwa die Stärkung des nachfrageseitigen Wachstums oder die Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Arbeitskräftepotentials, wobei sie aufgrund der gezielten Beförderung von Gesundheit eine noch größere Wirkungstiefe erlangen können. So werden Gesundheit und der Gesundheitsbereich im Rahmen eines nachhaltigen Umbaus der Gesellschaft quasi zu einer unerschöpflichen Quelle für das Wohlergehen der

⁸¹ Vgl. WHO (2013,1), S. 14ff., S. 163ff.

⁸² Sogenannte Health in all Policies, siehe auch Fußnote 58.

⁸³ Vgl. WHO (2013,1).

Bevölkerung sowie für Wohlstand, Frieden, Bildung und den Abbau von Ungleichheit. Auf das potenzielle Erfordernis, ökonomische Bedingungen zu berücksichtigen, wird zwar verwiesen, Konsequenzen werden daraus jedoch nur bedingt abgeleitet. Verkürzt wird eine wirtschaftspolitisch orientierte Gesundheitspolitik als einseitige und enge Kostendämpfungspolitik kritisiert⁸⁴ oder als eine selektive und eher anachronistische Wachstumspolitik bewertet, die sich den Notwendigkeiten einer nachhaltigen Ökonomie verweigert⁸⁵ und sich selbst der Chancen präventiver Rationalisierungspotentiale beraubt.⁸⁶

Gesundheitspolitik ist zweifelsfrei ein Bestandteil der Gesellschafts- und Staatspolitik. Gleiches gilt aber auch für die Wirtschaft. Auch sie ist Bestandteil von Gesellschaft und Staat – und natürlich auch umgekehrt. Dies gilt sowohl für den innerökonomischen Zusammenhang als auch bezüglich der Einbettung der Wirtschaft in außerökonomische Bereiche. Als wichtigste Konsequenz „der Durchwobenheit von Wirtschaft, Gesellschaft und Staat“ kommt Woll⁸⁷ daher zu dem Ergebnis, dass „eine Ordnung dieser Bereiche, wie immer sie aussehen mag, nicht nach widerstreitenden Prinzipien erfolgen (kann), wenn die Ordnung von Dauer, das heißt stabil sein soll“. Die Interdependenz der Lebensbereiche erfordert demnach möglichst konsistente politische Lösungen, die innerhalb einheitlicher Ordnungsprinzipien von Wirtschaft, Gesellschaft und Staat erfolgen. Ist dies nicht der Fall, so sind systemische Instabilitäten zu befürchten. Auf diese Interdependenz der Ordnungen verwies bereits ausführlich Walter Eucken.⁸⁸

Übertragen auf die gesundheitsbasierte Gesundheitspolitik als Interventionspolitik bedeutet dies, dass sie sich bezüglich ihrer Konsistenz überprüfen lassen muss. Anders ausgedrückt, sofern sich eine Gesellschaft für eine freiheitliche Wirtschaftsordnung – in Deutschland die soziale Marktwirtschaft – entschieden hat, sollte eine verantwortungsvolle politische Gestaltung besonders auf Systemkonformität achten. Ein „muddling through“ unter dem Primat der Politik muss langfristig nicht zwangsläufig die beste Lösung sein, auch wenn dies vereinzelt suggeriert wird. Zwar ist der Gesundheitsbereich ein „Zwitter“, der zahlreiche

⁸⁴ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 12.

⁸⁵ Vgl. Rogall, H. (2009), S. 363ff.

⁸⁶ Vgl. Scherenberg, V. (2009), S. 369.

⁸⁷ Woll, A. (1992) S. 43.

⁸⁸ Siehe Eucken, W. (1952).

Marktbesonderheiten aufweist und in dem sich staatliche Eingriffe durchaus legitimieren lassen, doch bleiben die Fragen nach der Konsistenz der Interventionen, nach Eingriffstiefe und -umfang sowie nach den Zielkonflikten weiterhin offen.

Dies soll anhand einiger Beispiele erläutert werden:

- Das Ziel, soziale Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit abzubauen, ist zunächst einmal emotional positiv besetzt und lässt daher wenig Spielraum für Kritik. Gleichwohl muss in einer offenen Gesellschaft der Hinweis erlaubt sein, dass dieses Ziel aus wohlfahrtstheoretischer Sicht fragwürdig ist. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob und inwieweit eine Wirtschaftspolitik, die zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage sozial Schwächerer beiträgt, auch dann abzulehnen wäre, wenn sie mit einer Erhöhung der Einkommensungleichgewichte einhergehen würde.⁸⁹ Oder umgekehrt gefragt: Ist eine Politik, die zwar soziale Unterschiede eindämmt, aber zugleich das Wohlstandsniveau reduziert – und damit langfristig vermutlich auch das Niveau und die Fortschrittlichkeit der gesundheitlichen Versorgung gefährdet – in jedem Fall vorzuziehen? Diese Frage wird häufig mit dem Hinweis beantwortet, man müsse sich von der quantitativen ökonomischen Wohlstandsmessung – wie der Steigerung des BIP – lösen und stattdessen qualitative und nachhaltigkeitsorientierte Indikatoren heranziehen. Dies wird auch deshalb häufig so aufgefasst, weil durch die bloße Einkommens- und Vermögensbemessung dem multifaktoriellen Bedingungsgefüge von Gesundheit und Krankheit nicht ausreichend Rechnung getragen wird.⁹⁰ Zugleich werden empirische Studien der Sozialepidemiologie herangezogen, die darauf hindeuten, dass relative Wohlfahrtsunterschiede einen ungünstigeren Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung ausüben als ein höherer Wohlstand für alle.⁹¹ So wichtig diese Hinweise auch sind, und selbst für den Fall, dass dieser Sichtweise tatsächlich ganz oder teilweise zu folgen wäre, bleibt jedoch die einleitend gestellte Frage unbeantwortet. Die WHO⁹² teilt mit, dass der Anstieg der Gesundheitsausgaben zu 92 % mit der Steigerung des BIP korreliert, wobei die Ausgaben im Jahresdurchschnitt (bezogen auf die meisten OECD-Länder in den vergangenen drei Jahrzehnten) um mindestens 1 % stärker anwachsen als das reale Wirtschaftswachstum. Daraus lassen sich zwar keine Schlüsse über die Effizienz der Ressourcenverteilung ziehen, die freilich weltweit in allen Ländern verbesserungswürdig erscheint, die Aussage der WHO

⁸⁹ Vgl. Jürges, H. (2014), S. 249.

⁹⁰ Vgl. Schmidt, B. (2008), S. 99.

⁹¹ Vgl. Schmidt, B. (2008), S. 98f.

⁹² Vgl. WHO (2013,1), S. 13.

liefert aber tendenziell Hinweise auf die gesellschaftliche Notwendigkeit, die Gesundheitssysteme auszubauen und den Zugang dazu sowie den Umfang der Gesundheitsleistungen und der Krankenversorgung im Allgemeinen zu verbessern. Kelley und Hurst kommen in diesem Zusammenhang in ihrer länderübergreifenden Studie zu dem Ergebnis, dass der Gesundheitszustand der Bevölkerung maßgeblich von der Qualität der Gesundheitsversorgung abhängt. Diese wird wiederum vom Wohlstand einschließlich der Bildung stark positiv beeinflusst: Je wohlhabender bzw. reicher ein Land, desto mehr Ressourcen werden in die Gesundheitsversorgung investiert und je besser die Bildung und Ausbildung der Bevölkerung, umso qualifizierter ist das Gesundheitspersonal.⁹³ Zweifellos sind diese Einflüsse auf den Zustand der Gesundheit weder eindimensional noch eindeutig kausal erklärbar; trotzdem darf die Bedeutung des Wohlstands der Bevölkerung auf ihre Gesundheit nicht bagatelisiert werden. Was würde es daher nützen, wenn zwar jede Ungleichheit abgebaut wäre, zugleich aber die Basis solider und fortschrittlicher Krankenversorgung verloren ginge? In diesem Zusammenhang ist – sogar und trotz des aktuellen „Piketty-Hypes“ – die interessante Frage zu stellen, ob nicht gewisse soziale Disproportionalitäten ökonomisch gerechtfertigt sind. Letztlich bleiben an dieser Stelle kontext- und bereichsbezogene Wissenslücken bestehen, die sich nicht allein durch epidemiologisches Wissen oder ökonomisch einseitige oder auch naive Bewertungen schließen lassen, sondern weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen bedürfen.

- Die Nachrangigkeit von Allokationsentscheidungen zugunsten des politisch dominierten Prinzips Koordination, Kooperation und Kommunikation geht einher mit dem Wandel vom homo oeconomicus zum homo cooperativus. Kritisiert wird allem voran die modelltheoretisch strenge Auslegung der Eigennutzbeziehung des homo oeconomicus.⁹⁴ Im Gegenzug wird auf die Überlegenheit des kooperativen Handelns verwiesen, und zwar sowohl aus Sicht der Evolutionstheorie als auch aus Sicht der ökonomischen Spiel- und Verhaltenstheorien. An dieser Stelle ließe sich durchaus darüber streiten, ob die Verhaltensannahme zum zweckrationalen Menschen, die im Zentrum der Kritik steht, überhaupt richtig

⁹³ Vgl. Kelley, E. / Hurst, J. (2006), S. 10, zitiert in: Manouguian, M.-S. et al. (2010), S. 4.

⁹⁴ Vgl. in Bezug auf die Gesundheits- und Wirtschaftspolitik u. a. Majer, H. (2001), S. 13ff.; Rogall, H. (2009), S. 185ff.; Rogall, H. / Gapp, K. (2015), S. 99ff.

interpretiert wird. Zudem sind auch die in diesem Zusammenhang angeführten evolutionstheoretischen Bezüge wissenschaftlich angreifbar, ungeachtet der Tatsache, dass sowohl die Spieltheorie als auch die Verhaltensökonomie zahlreiche beachtenswerte Aspekte zur Frage ergebnisoptimaler wirtschaftlicher Individualentscheidungen sichtbar gemacht hat. So zeigen spieltheoretische Ansätze, dass Handelnde, die ihren Eigennutz maximieren, unter bestimmten Bedingungen in eine Rationalitätenfalle tappen (siehe beispielsweise Gefangenendilemma⁹⁵). Lässt man hingegen Vertrauen und Kooperation zu, so könnten in vielen Fällen vergleichsweise bessere ökonomische Lösungen erzielt werden.⁹⁶ Auch der Verhaltensökonom Fehr⁹⁷ weist darauf hin, dass die ökonomischen Ergebnisse kooperativen Verhaltens durchaus günstiger ausfallen können als diejenigen, die unter wettbewerblichem Eigennutz erzielt werden. Dies gilt allerdings nur solange, wie sich alle Wirtschaftssubjekte kooperativ verhalten. Sobald nur ein einziges Subjekt darunter ist, das eigennutzorientiert handelt, werden tendenziell schlechtere Ergebnisse erreicht. Diese Situation lässt sich jedoch heilen, indem die Möglichkeit des Sanktionierens eingeräumt wird, so dass die Kooperatisten bzw. „Altruisten“, die sich fair verhalten, eigennutzorientiertes Verhalten bestrafen dürfen. An dieser Stelle ist man an einem Punkt angelangt, der für die freiheitliche Gesellschaft und damit auch für die freiheitliche Wirtschaftskonzeption entscheidend ist. Sicherlich ist der Mensch ein mehrdimensionales Wesen⁹⁸, so dass neben eigennützigem Verhalten auch gemeinnütziges Verhalten wichtig sein kann. Was aber wird aus diesen Überlegungen abgeleitet? Und vor allem: Wie viel Staat schleicht sich mittels interessengeleiteter Interpretation insbesondere der psychologischen Ideen quasi durch die Hintertür ein? Bedeutet das gar, dass der Individualist künftig grundsätzlich dem Zweck der „überlegenen“ Kooperation verpflichtet werden darf oder sogar muss? Besitzen Kooperatisten pauschal das Recht zur Sanktion, weil sie per se die gesellschaftlich und

⁹⁵ Das spieltheoretische Modell des Gefangenendilemmas ist umfänglich bekannt und kennzeichnet vereinfacht ausgedrückt eine Situation, bei der individuell rationales Verhalten bzw. nicht-kooperatives Verhalten einzelner Mitglieder einer Gruppe zu einem für Gruppe insgesamt nicht pareto-optimalen Ergebnis führt (vgl. z.B. Majer (2001), S. 22f.).

⁹⁶ Vgl. z. B. Majer, H. (2001), S. 22f.

⁹⁷ Vgl. Fehr, E. (2006); siehe auch Fehr, E. / Nowak, M.A. / Sigmund, K. (2012).

⁹⁸ Vgl. Majer, H. (2001), S. 18.

politisch korrekte und faire Lösung anwenden – dass sie altruistisch immer das Richtige tun, während wettbewerblich orientierte Individualisten durch und durch egoistisch handeln? Muss der Einzelne vor sich selbst geschützt werden? Wird daher künftig beispielsweise aus Gesundheits-sicht Vorsorge und Prävention zur Pflichtaufgabe privater Haushalte? Wie weit darf der Staat in die Präferenzen der einzelnen Gesellschafts-mitglieder und der Bevölkerung überhaupt eingreifen? Die Verhal- tensökonomInnen selbst zielen im Rahmen ihres libertären Paternalismus eher auf sanfte Hinweise – sogenannte nudgings (Stupser) –, die dem Einzelnen mittels gut gemeinter Verhaltenstricks Anreize geben sollen, das vermeintlich Richtige zu tun. Wo aber verläuft die Grenze zur Mani- pulation und zur bewussten freiheitlichen Einschränkung? Und nicht zu- letzt: Wer entscheidet am Ende über Zahl und Stärke der „wohlmeinenden“ gesundheitlichen „Stupser“, „Schubser“ oder gar „Stöße“?

- Eine Antwort, die die Protagonisten der Gesundheitspolitik im weiteren Sinne auf diese Fragestellung geben, lautet Stärkung der Selbstbestim- mung mittels „Empowerment“. Denn da der Staat Gesundheitsprobleme und -beeinträchtigungen nur selektiv erkennen und bearbeiten kann, ist es zumindest seine Aufgabe, Individuen zu emanzipieren, um ihnen Wege zu zeigen, die sie aus ihrer Unmündigkeit herausführen.⁹⁹ Demzu- folge ist der Einzelne zum Zwecke seiner kooperativen Handlungsfähig- keit so zu „empowern“, dass seine Partizipationsfähigkeiten am Gesund- heitsentstehungs- und -erhaltungsprozess teilzunehmen und darauf ein- zuwirken, gestärkt und gefördert werden. Dies ist jedoch nur die eine Seite der Medaille. Denn indirekt besteht die Gefahr, dass das Indivi- duum bzw. der Betroffene entmündigt und bevormundet wird. Zwar soll der Einzelne möglichst selbstbestimmt leben und Verantwortung über- nehmen, jedoch beschränkt sich die individuelle Freiheit auf eine Freiheit gesundheitsbewusster, gesundheitsbezogener und gesundheitsorien- tierter Gemeinsamkeit. Der Einzelne ist zwar frei genug, um sich selbst- bestimmt und nachhaltigkeitsorientiert in seine Umwelt sowie seine Ge- sundheitsversorgung einzumischen, aber doch nicht so frei, dass er al- ternative Lebensmodelle wählen könnte, bei denen seine Gesundheit nicht allgegenwärtig sein Verhalten bestimmt. In diesem Sinne kann je- des Steak, jedes Stück Käse, jedes Glas Milch, also alle Lebensmittel,

⁹⁹ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 24f.

die tierische Proteine enthalten und das potentielle Risiko bergen, an Krebs oder Diabetes zu erkranken bzw. die ein kostenrelevantes Behandlungsrisiko bergen, das dann gesamtgesellschaftlich zu bezahlen wäre, argumentativ als Freiheitsbeschränkung geltend gemacht werden. Da die Freiheit des Einzelnen dort ihre Grenzen findet, wo die Freiheit der anderen beschränkt wird, lässt sich jedes individuell zu viel verzehrte tierische Protein, jede übermäßige Zuckeraufnahme oder jede Pommes frites als Freiheitsfessel kritisieren und damit auch moralisch verurteilen und anprangern.¹⁰⁰ Freiheit wird zur Pflicht und zum Unterwerfungsinstrument (bildungs-)elitärer, moralischer Vorstellungen. Werden daraus fiskalische Staatseingriffe wie beispielsweise die Einführung einer Zuckersteuer abgeleitet, so stellt sich zudem in Bezug auf den kritisch thematisierten Abbau von Ungleichheit die Frage, ob dann nicht insbesondere die Reicheren übervorteilt würden. Denn aufgrund ihrer größeren Nachfrageelastizität könnten sie jede Form der staatlichen Belastung besser verkraften als die preisunelastisch reagierenden sozial Schwächeren. Implizit käme es bei einer solchen Besteuerung sogar zu einer Einkommensumverteilung zugunsten der Wohlhabenden.¹⁰¹ Auch dies ist ein wesentlicher Grund dafür, dass beispielsweise die sogenannte fat tax in Dänemark kurz nach Inkrafttreten wieder abgeschafft wurde.¹⁰²

- Ob die Betroffenen überhaupt eine entsprechende allumfassende Selbstverantwortung übernehmen wollen bzw. übernehmen können, steht nicht zur Disposition. Aus Sicht der Gesundheitspolitik im weiteren Sinne wird der Theoriefall konstruiert, dass Menschen nach Selbstverantwortung gegenüber Dritten – insbesondere gegenüber mächtigen Institutionen und professionell bevormundenden Gruppen wie Krankenhäusern, Ärzten oder Krankenversicherungen – streben, ja geradezu dürsten.¹⁰³ Zwar ist Selbstverantwortung und Selbstbestimmung immer abhängig von der sozialen, krankheitsbedingten, ökonomischen und sozioökonomischen Exposition, doch wird der individuelle Verantwortungshorizont als Selbstzweck definiert: Die Menschen wollen und können

¹⁰⁰ In Analogie zu Schmidt, B. (2008), S. 106f.

¹⁰¹ Vgl. Jürges, H. (2014), S. 249.

¹⁰² Vgl. Snowdon, Ch. (2013).

¹⁰³ Vgl. Schmidt, B. (2008), S. 106; Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 24.

nicht nur selbstbestimmt leben, sondern fordern Selbstbestimmung sogar ausdrücklich, um ihre Lebensmodelle umzusetzen.¹⁰⁴ Jeder – so die Utopie – soll so sein, wie er ist. Allerdings weiß die Gesundheitswissenschaft evident viel zu wenig darüber, wie jemand sein möchte. Vermutet wird, dass bildungs- und einkommens- bzw. vermögensstärkere Gruppen eine höhere Gesundheitsorientierung aufweisen als ärmere Menschen. Bewegung, Harmonie und Entspannung sowie gesunde Ernährung sind die aktuellen großen Gesundheitsthemen dieser besserverdienenden Milieus. Ganzheitlichkeit und je nach Trend ostasiatische oder afrikanische Lebensbewältigungsstrategien scheinen mitunter eine größere Rolle zu spielen als konservative westliche Diagnose- und Behandlungsmethoden. Ketznerisch formuliert, könnte man sagen, dass aus marketingtechnischen Aspekten – beispielsweise aus Sicht einer Krankenkasse heraus –, die Verteilung von Amuletten und „Sinnsteinen“ an gesunde Wohlhabende wichtiger ist, als weitere Gesundheitsleistungen oberhalb der Regelversorgung bereitzustellen. Aufgrund der verstärkten Gesundheitsfixierung einkommens- und bildungsstarker Milieus betrifft dies selbstverständlich alle Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention. Hingegen gibt es kaum aussagekräftige und vor allem valide Aussagen darüber, welche Gesundheitsleistungen sozial Schwächere sich wünschen und vor allem, wie man sie dazu bewegen kann, „relevante“ gesundheitsbezogene Leistungen bewusst und selbstgesteuert zu konsumieren. Compliance wirft in Bezug auf sozial schwächere Milieus große Fragen auf. Ein ungenügendes Mitwirken bei Therapien betrifft dabei selbst Gesundheitsleistungen, die kostenfrei zur Verfügung gestellt werden, wie Impfungen, Präventionsmaßnahmen oder sogar die Vorsorgeleistungen für die eigenen Kinder wie etwa die U-Untersuchungen. Wenn sozial Schwächere aber selbst dann, wenn keinerlei Geldkosten anfallen, weniger in die eigene Gesundheit und sogar in die Gesundheit der eigenen Kinder investieren als besser gestellte Gesellschaftsgruppen, dann stellt sich die Frage nach den Determinanten und Kausalitäten ihres Verhaltens.¹⁰⁵ Bevor in einer freiheitlichen Gesellschaft gestupst, geschubst, gestoßen, bevormundet, manipuliert, reguliert und staatlich interveniert wird, sollten zunächst einmal diese Fragen beantwortet werden, und zwar ganz konkret bezogen auf die betreffenden Milieus. Zwar

¹⁰⁴ Vgl. Schmidt, B. (2008).

¹⁰⁵ Vgl. Jürges, H. (2014), S. 248.

wird niemand im konkreten Einzelfall etwas gegen gut meinende Verhaltenshilfen und -anstöße einwenden können, doch sollte man sich stets vor Augen führen, dass nicht nur der Markt, sondern auch der wohlmeinende Staat und – in kontextbezogener Erweiterung – der Kooperatismus versagen können.

- Ist es hilfreich Gesundheitsziele festzulegen? Gesamtgesellschaftlich und bezüglich der Ergebnisorientierung lässt sich dies eindeutig bejahen. Allerdings stellt sich die Frage nach der Vollständigkeit des Zielkatalogs.¹⁰⁶ Denn wenn ein Zielkatalog nicht alle wichtigen Ziele umfasst, können konzeptionelle Inkonsistenzen nicht systematisch bewertet und aufgedeckt werden. Ein Zielkatalog sollte möglichst widerspruchsfrei sein. Er muss in ausreichendem Maße dafür geeignet sein, sich mit konkurrierenden Zielen wie denjenigen der Wirtschaftspolitik auseinanderzusetzen. Das heißt, dass ein ausgereiftes und verantwortungsvolles Set aus Gesundheitszielen die wirtschaftspolitischen Bedingungen deutlich stärker zu integrieren hat und sie nicht einfach ausblenden darf, nicht zuletzt auch deshalb, weil Fragen zur Verteilungsgerechtigkeit, Allokationseffizienz, Finanzierbarkeit und Gesundheitsversorgung einer sach- und ideologiefreien Auseinandersetzung bedürfen. Sind die Ziele nicht logisch miteinander vereinbar oder widersprechen sie sich gegenseitig massiv, so ist dies ein Hinweis darauf, dass die Interdependenzen zwischen den Ordnungen nicht ausreichend analysiert und justiert worden sind. Der Fortschritt bei der Umsetzung von Gesundheitszielen, der bis dato mitunter selbst von den eigenen Protagonisten skeptisch beurteilt wird,¹⁰⁷ deutet darauf hin, dass noch ein erheblicher Nachbesserungsbedarf besteht.

Gesundheitspolitik im weiteren Sinne dominiert die Wirtschaftspolitik. Denn Gesundheit ist aus dieser Sicht der elementare Baustein der gesellschaftlichen Primärziele und muss konsequenterweise allseits die Ökonomie beeinflussen. Daher werden Allokationsentscheidungen nicht nur nicht als sekundär bewertet, sondern im Sinne einer humanitären Gesellschaft als nachrangig verworfen. Aus dieser Perspektive entsolidarisiert und überfordert die prioritäre Berücksichtigung

¹⁰⁶ Vgl. Welfens, P.J.J. (2013), S. 403ff.

¹⁰⁷ Vgl. Hess, R. (2012), S. 22; Robert Koch-Institut (2015), S. 403.

ökonomischer Ziele die Gesellschaft und den Einzelnen und rationiert zunehmend die Gesundheitsversorgung.¹⁰⁸ Bei der Gesundheitspolitik im weiteren Sinne steht dagegen die bestmögliche Gesundheit der Bürger als selbständige Zielgröße normativ im Vordergrund aller Bemühungen. Die Gesundheit der Bürger findet ihre endgültige Bestimmung in einer gesunden, ganzheitlichen Gesellschaft, die das ultimative Ziel darstellt. Kritisch ist hierzu anzumerken, dass damit die Gesundheit des Einzelnen indirekt zum Eigentum der gesamten Gesellschaft wird. Der Bürger schützt und fördert seine Gesundheit dann nicht nur aus eigenem Interesse, sondern auch in Bezug auf die Gesellschaft, in der er souverän, harmonisch und nachhaltig leben und arbeiten will. Zugleich wandelt sich das Wirtschaftssubjekt vom homo oeconomicus zum homo cooperativus. Die Trennlinie zur Deutung und Ausgestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik in den ehemals sozialistischen Ländern Europas¹⁰⁹ wird dabei zunehmend unscharf und die Grenzen gehen ineinander über.

¹⁰⁸ Vgl. Schmidt, B. (2008).

¹⁰⁹ Vgl. z. B. Boroch, W. (1996), S. 139f.

4 Gesundheitspolitik als Interessenpolitik

In der öffentlichen Wahrnehmung ist Gesundheitspolitik MACHEN – also im weitesten Sinne ein politischer Gestaltungsprozess bzw. ein Handlungsfeld, das sich mit realen Reformen und Gesetzgebungen des Gesundheitswesens, den in diesem Zusammenhang ausgelösten Verhandlungs- und Entscheidungsprozessen zwischen den Parteien sowie mit sonstigen Einflussträgern wie Krankenkassen, Ärzten und der Gesundheitsindustrie einschließlich ihrer öffentlichen und nicht-öffentlichen Auseinandersetzungen und Debatten beschäftigt. Die zuvor beschriebenen konzeptionellen Überlegungen spielen bei diesem politischen Prozess häufig keinerlei relevante Rolle, sondern werden eher argumentativ zur Durchsetzung berufs- und branchenbezogener Positionen sowie finanzieller Eigeninteressen instrumentell eingesetzt und mitunter auch missbraucht.

Gesundheitspolitik aus diesem Blickwinkel ist als konkret angewandte Gesundheitspolitik oder ganz pragmatisch als Gesundheitsreformpolitik zu verstehen, die durch einen komplexen Entstehungs- und Umsetzungsprozess der Gesetzgebung einschließlich lobbyistischer Interessenvertretung gekennzeichnet ist, der für Externe kaum durchschaubar ist. Dieser gesundheitspolitische Prozess lässt sich in einen formalpolitischen und einen machtpolitischen Prozess unterteilen.

Der formalpolitische Prozess beschreibt den Entstehungsprozess eines Gesundheitsgesetzes und umfasst mehrere Teilschritte.¹¹⁰ Zu Beginn findet sich eine zeitliche Vorphase zum „eigentlichen“ Gesetz, die durch die Identifikation eines spezifischen Gesundheitsversorgungs-, Organisations- oder Finanzierungsproblems eingeleitet wird. Anschließend folgen Diskussionen in Expertenkreisen, auf Konferenzen und in den öffentlichen Medien. Weiterhin werden wissenschaftliche Gutachten in Auftrag gegeben und schließlich richtet das zuständige Bundesministerium für Gesundheit eine offizielle Expertenkommission ein. Die Ergebnisse, zu denen diese Expertenkommission gelangt, fließen dann in den sogenannten Referentenentwurf ein, der von der Kabinettsrunde als Gesetzentwurf beschlossen werden muss. Ist auch dieser Teilschritt erfolgt, so beginnt das offizielle Gesetzgebungsverfahren, das drei Lesungen im Bundestag umfasst, deren Ziel in der Beschlussfassung des Gesetzes liegt. In jeder neuen Lesung wird der Gesetzentwurf überarbeitet. Parallel dazu werden den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen, ferner Ärzten, Krankenhäusern und weiteren Betroffenen

¹¹⁰ Vgl. Troschke, J. / Mühlbacher, A. (2005), S. 170f.

Möglichkeiten eingeräumt, ihre Positionen zum Entwurf, ihre Änderungsvorschläge und Veränderungswünsche mittels Stellungnahmen und in Anhörungen darzulegen. Werden mit dem vorgeschlagenen Gesetz Länderinteressen berührt, so ist es zustimmungspflichtig und muss verpflichtend mit dem Bundesrat abgestimmt werden. Finden sich dort für die vorgesehene Reform keine Mehrheiten, so wird der Vermittlungsausschuss einberufen, um eine Einigung zwischen Bundestag und Bundesrat herbeizuführen. Erst wenn diese letzte Hürde genommen ist, wird das jeweilige Gesetz dem Bundespräsidenten zur Unterschrift vorgelegt und erlangt schließlich mit seiner Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt Rechtsgültigkeit. Damit ist zwar die Kernphase des Gesetzgebungsprozesses abgeschlossen, jedoch noch nicht der Gesamtprozess. Üblicherweise knüpft sich an das Inkrafttreten des Gesetzes eine umsetzungsrelevante Nachphase an. In dieser Phase müssen die häufig noch relativ allgemeinen Grundsätze und Vorgaben des Gesetzes durch die Selbstverwaltung, und hier insbesondere ihre Spitzenverbände, konkretisiert werden.¹¹¹

Dieser formale Gesetzgebungsprozess wird von einem machtpolitischen Prozess begleitet, an dem zahlreiche Akteure auf unterschiedlichen Entscheidungsebenen beteiligt sind, deren Ziel darin besteht, die Gesundheitsreform zu gestalten und zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Dies umfasst auf der Makroebene die staatlichen Aktivitäten von vor allem Gesundheitspolitikern und Gesundheitsministerien,¹¹² die in erster Linie ihren demokratisch legitimierten Aufgaben nachgehen, dabei jedoch nicht ausschließlich gesellschaftskonforme Interessen verfolgen oder stets sachgerechte Entscheidungen treffen, sondern auch bestrebt sind, ihre persönlichen Positionen eigennutzorientiert auszubauen, um ihre politische Wiederwahl zu sichern oder ihre berufliche Perspektive zu verbessern. Auf den Meso- und Mikroebenen handeln und wirken die Institutionen und individuellen Akteure.¹¹³ Der machtpolitische Prozess auf dieser Ebene betrifft jedoch nicht nur die zuvor skizzierten formal vorgegebenen Entscheidungspunkte im Gesetzgebungsverfahren wie beispielsweise Stellungnahmen und Anhörungen, sondern beginnt in der Regel bereits viel früher und wird mitunter proaktiv durch die betreffenden Selbstverwaltungsorganisationen und Interessengruppen schon bei der Identifikation des Organisations-, Finanzierungs- und Versorgungsproblems vorangetrieben. Formelle und informelle Gespräche mit Politikern und Ministeri-

¹¹¹ Vgl. Simon, M. (2015).

¹¹² Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 13.

¹¹³ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 14ff.

albeamten, Diskussionen auf Tagungen und in Hinterzimmern, Pressekonferenzen und Pressehintergrundgespräche, die systematische Bereitstellung von Fachinformationen einschließlich der sachkompetenten Unterstützung von Gesetzentwürfen durch Experten, all dies und einiges mehr gehören zum Instrumentenkoffer guter Lobbyarbeit. Besonders stark werden die gesundheitspolitischen Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen durch die Selbstverwaltungsakteure auf der Mesoebene beeinflusst. Dies erfolgt zum einen im Rahmen der korporatistischen Steuerung, bei der der Staat den entsprechenden Organisationen konkrete Aufgaben und Kompetenzen zugeordnet hat, ihr Expertenwissen bewusst abfragt und sie darauf verpflichtet, dafür zu sorgen, dass das System funktioniert. Zum anderen haben diese Organisationen in der Regel auch Eigeninteressen, und zwar umso mehr, je stärker sie dem Wettbewerb ausgesetzt sind. Dann verhalten sie sich nicht wie gemeinnützige Körperschaften des öffentlichen Rechts, sondern faktisch wie Unternehmen, deren Ziel darin besteht, ihre eigenen wirtschaftlichen Interessen gegenüber den Konkurrenten auszubauen und zu sichern. Neben den Selbstverwaltungsakteuren gibt es darüber hinaus zahlreiche Verbände wie etwa die der Pharmaindustrie und der Medizintechnologie, der Heilmittelerbringer oder auch einflussreiche Wohlfahrtsverbände, die proaktiv Gesundheitspolitik betreiben. Und schließlich betätigen sich auf der Mikroebene weitere gewichtige Player wie einzelne Krankenkassen oder Krankenhäuser, Patienten- und Selbsthilfegruppen oder kleinere (Berufs-)Verbände der Leistungserbringer gesundheitspolitisch.¹¹⁴

Die Gesundheitspolitik ist in dieser Ausprägung als angewandte Gesundheitspolitik folglich durch die Einflussnahme und Interaktion einer Vielzahl von Akteuren gekennzeichnet, deren Interessen, Problemdefinitionen und -lösungen sowie Handlungslogiken voneinander abweichen und deren Einflussstärke von ihrer politischen Macht abhängt.¹¹⁵ Diese Macht lässt sich durch bloße Organisations- oder Mitgliedergröße, finanzielle Stärke, staatlich zugeordnete Kompetenzen, informelle Mechanismen oder moralisches Gewicht – wie es aktuell beispielsweise von Patientenverbänden praktiziert wird –, mobilisieren und lobbyistisch verwenden. Deutlich erkennbar ist, dass die Ziele der diversen Akteure differieren. So existieren neben eindeutig gewinnorientierten Zielen auch gesundheitsbezogene oder gemeinwohlorientierte Problemfokussierungen.¹¹⁶ Hinzu kommt, dass die in der gesundheitspolitischen Debatte vorgebrachten Argumente bezüglich ihres

¹¹⁴ Vgl. Simon, M. (2015).

¹¹⁵ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 18.

¹¹⁶ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 19.

tatsächlichen Zielinhalts nicht immer eindeutig zu identifizieren sind. Nicht selten werden von Organisationen und einzelnen Gruppen versorgungs- und gesundheitsbezogene oder auch ethische und moralische Positionen vordergründig vorgeschoben, die aber letztlich dem lobbyistischen Ziel dienen, spezifische Einkommens- und Gewinninteressen zu optimieren. Umgekehrt werden legitime wirtschaftliche Inhalte und Überlegungen mit teilweise trivialen ökonomischen Vorkenntnissen und naiven Vorstellungen diffamiert, ihrer Kurzsichtigkeit und fehlenden empirischen Relevanz wegen angeklagt und mittels ideologisch eingefärbter Begriffsverwässerungen wie „Ökonomisierung“ oder „Neoliberalismus“ dämonisiert. Im Gegenzug werden alsdann postwendend unter dem Deckmantel der Gemeinwohlorientierung und Fürsorglichkeit zum Teil bevormundende bis hin utopische Gesundheitsmaßnahmen und Gesundheitsziele als gesundheitspolitische ultima ratio eingefordert, bei der alles mit allem zusammenhängt. Bezahlen sollen „die anderen“, die sich nicht dagegen wehren können, weil sie sich ansonsten unmoralisch verhalten würden. Dementsprechend folgt die angewandte Gesundheitspolitik im Ergebnis nicht einer eindeutigen konzeptionellen Ausrichtung im engeren oder weiteren Sinne, sondern wird überlagert von Interessenwahrnehmungen, Kommunikationsschimären, Lösungskompetenzen und -zielen einzelner gesundheitspolitischer Player.¹¹⁷ Die Welt wird dabei so manchmal zur Scheibe. Dies fällt den Akteuren umso leichter, als sie aufgrund ihrer unterschiedlichen professionellen Ausbildungen – Gesundheitswissenschaftler, Soziologen, Politologen, Gesundheitsökonomien, Juristen, Ärzte, Pfleger usw. – über differente spezifische berufsbezogene und ethische Sichtweisen verfügen und jeweils ihre eigenen Fachsprachen besitzen. So handeln, kommunizieren und nicht zuletzt plappern sie gesundheitspolitisch oft munter aneinander vorbei.

Diese inhaltlichen Divergenzen spiegeln sich auch in der gesundheitspolitischen Gesetzgebung der vergangenen Jahre wider. Abb. 5 zeigt diverse Reformen unterschiedlichen Inhalts,¹¹⁸ die auf den ersten Blick keine eindeutigen Konturen einer gesundheitspolitischen Konzeption bzw. Strategie erkennen lassen.

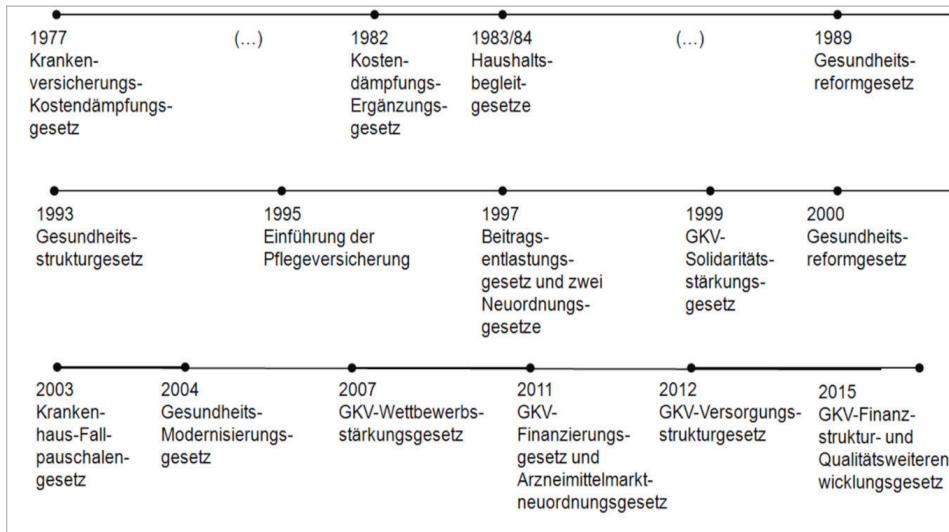
¹¹⁷ Vgl. Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 28.

¹¹⁸ Einen tiefergehenden Überblick über die Kerninhalte der Gesundheitsreformgesetze in Deutschland gibt Abbildung 9 im Anhang dieses Beitrags.

Schwerpunkte der Reformen umfassen folgende Aspekte:¹¹⁹

- die Finanzierung der GKV einschließlich ihrer Kostendämpfungsmaßnahmen,
- die wettbewerbliche Organisation der gesetzlichen Krankenkassen einschließlich ihres Verhältnisses zur PKV,
- die institutionelle und rollenbezogene Veränderung und Neuschaffung der Selbstverwaltung und ihrer Organe,
- die Strukturen der Leistungserbringung einschließlich der Veränderungen des kollektiven und selektiven Vertragsrechts zur Förderung von sektorübergreifenden Versorgungselementen,
- die Honorierungssysteme,
- das Prozess-, Qualitäts- und Innovationsmanagement der gesundheitlichen Versorgung,
- die Preisbildungs- und Innovationsbewertungsverfahren von Arzneimitteln,
- die Bestimmung des Leistungskatalogs,
- die Weiterentwicklung medizinischer und pflegerischer Berufe sowie
- die Patientenbeteiligung und den Verbraucherschutz.

¹¹⁹ Vgl. Reiter, R. (2014); Knieps, F. (2016), S. 31.

Abbildung 5: Zeitlicher Überblick über bedeutsame Gesundheitsreformen in Deutschland

Quelle: AOK Hessen (2015)

Die gesundheitspolitischen Ziele, die tatsächlich verfolgt werden, sind genauso vielfältig wie die Handlungsfelder und lassen sich auszugsweise wie folgt identifizieren:¹²⁰

- Solidarität, Gerechtigkeit und Gleichheit in Bezug auf Zugang, Verteilung, Belastungen, Chancen etc.,
- Finanzierbarkeit und Wirtschaftlichkeit,
- wettbewerbliche Effizienz und Effektivität
- Innovationsfähigkeit und neuerdings Digitalisierung,
- Qualität und Transparenz,
- Patientenrechte,
- medizinische und pflegerische Ausbildung und Berufsausübung sowie
- Prävention.

Setzt man diese Ziele nun ins Verhältnis zu den eingangs dargestellten Zielpyramiden, dann wird deutlich, dass die in der Praxis verfolgten und umgesetzten Reformen zwar keine durchgängig einheitlichen Konturen aufweisen, aber insge-

¹²⁰ Vgl. Knieps, F. (2016), S. 32.

samt eher in Richtung der „Gesundheitspolitik als Wirtschaftspolitik“ als in Richtung der „Gesundheitspolitik als öffentliche gesundheitsbasierte Interventionspolitik“ zielen. Dies kommt auch in den wirtschaftlichen und finanziellen Bedingungen und Herausforderungen im Gesundheitswesen zum Ausdruck. Zugleich ist diese Ausrichtung nicht eindeutig und unterliegt zahlreichen Brüchen. So ist aktuell nach einer längeren Phase wettbewerblicher Reformen eine Tendenz zu vermehrt steuernden, staatlichen Eingriffen zu erkennen. Dies betrifft beispielsweise den Innovationsfonds, die Prävention, die Selbsthilfe, die Patientenrechte, die erneute Stärkung der kollektiven Vertragsrechte oder die Arzneimittelpreisgestaltung. Angewandte Gesundheitspolitik wird demnach in der reformpolitischen Realität von unterschiedlichsten konzeptionellen Ansätzen und Vorstellungen durchwoben.

5 Anforderungen und offene Fragen an eine allgemeine Gesundheitspolitik

Politik ist normativ, und demzufolge muss dies auch für die Gesundheitspolitik gelten. Ihre inhaltliche, konzeptionelle und ideologische Durchwobenheit ist nicht zuletzt auch Ausdruck demokratischer Prozesse. Die im vorliegenden Beitrag literaturseitig verwendeten und erarbeiteten Definitionen zur Gesundheitspolitik dokumentieren diese Aussage, indem sie inhaltlich einen großen Bewertungsspielraum eröffnen. Sie sind entscheidend geprägt durch die jeweils vorherrschenden Denkphilosophien und -kategorien zu den Aufgaben und Zielen der Gesundheitspolitik.

Diese Situation mag nicht zufriedenstellend sein, schließlich ist die Gesundheitspolitik von höchster gesellschaftlicher, sozialer sowie wirtschaftlicher Bedeutung und sollte daher möglichst allgemeingültig definiert werden. Insbesondere die Unterteilung in eine enge und eine weite Gesundheitspolitik scheint weniger wissenschaftlicher Natur zu sein, als vielmehr ideologischer: „Eng“ ist negativ konnotiert und „weit“ hingegen positiv. Assoziativ wird in verschiedenen gesundheitspolitischen Abhandlungen vermittelt, „eng“ bedeute kurzfristig, einseitig und interessengeleitet, während „weit“ Größe, Offenheit und eine ganzheitliche Gesellschaftsorientierung signalisiert. Kritisch ist es vor allem zu bewerten, wenn der analytische Kern der Gesundheitspolitik, nämlich die Tatsache, dass es sich hierbei um einen interaktiven, gesellschaftlichen (Aus-)Gestaltungs- und Entscheidungsprozess handelt, allein der weiten Gesundheitspolitik zugesprochen wird. Diese Auslegung gilt faktisch seit jeher für jede (Fach-)Politik und bildet auch die Basis für die Wirtschaftspolitik und ihre spezifischen Politikfelder. So heißt es beispielsweise bei Woll:¹²¹ „Wirtschaftspolitik bezeichnet nach einem verbreiteten Sprachverständnis die staatlichen Aktivitäten auf wirtschaftlichem Gebiet“, während Berg / Cassel / Hartwig¹²² präzisieren „Wirtschaftspolitik ist das Handeln, durch das eine Vielzahl von Akteuren – Regierung, ..., Kommunen, Interessenverbände – Einfluss auf das Wirtschaftsgeschehen zu nehmen versucht, um die jeweils angestrebten Ziele so weitgehend wie möglich zu erreichen“. Und abschließend ein Zitat von Koch / Czogalla / Ehret:¹²³ „Wirtschaftspolitik umfasst sowohl das Handeln der politischen Entscheidungsträger als auch die wissen-

¹²¹ Woll, A. (1994), S. 3.

¹²² Berg, H. / Cassel, D. / Hartwig, K.H. (2007), S. 245.

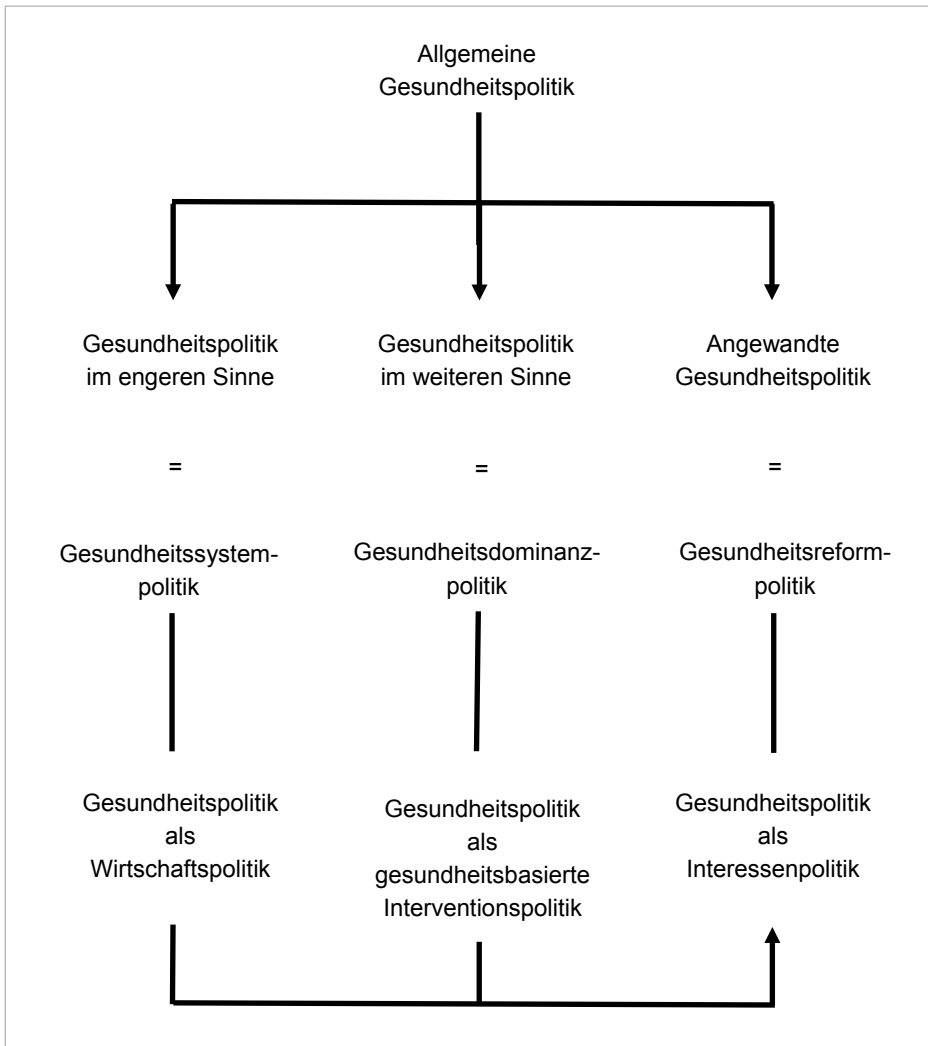
¹²³ Koch, A.S. / Czogalla, Ch. / Ehret, M. (2008), S. 1.

schaftlichen (theoretischen) Grundlagen für dieses Handeln. Sie beruht auf komplexen Erkenntnissen anderer Disziplinen wie Wirtschaftstheorie, Politikwissenschaften, Soziologie, Staats- und Verwaltungsrecht usw.“. Insofern wäre es nicht nur konsequent, sondern auch inhaltlich richtig, den Kern der Definition der Gesundheitspolitik im weiteren Sinne in eine Definition zur allgemeinen Gesundheitspolitik zu überführen: „die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich, ob sie die Gesundheit fördern, erhalten (wieder-)herstellen oder auch nur die individuellen und sozialen Folgen von Krankheit lindern“¹²⁴ zählt aus Sicht des Autors dieses Beitrags zur Gesundheitspolitik im Allgemeinen und dies gilt sowohl aus enger als auch aus weiter Sicht.

Will man die Unterteilung nach enger und weiter Gesundheitspolitik beibehalten, was angesichts der unterschiedlichen Denksätze, die hier aufeinanderprallen, sinnvoll erscheint, empfiehlt sich eine definitorische Untergliederung und Beschreibung, wie sie in Abb. 6 vorgenommen wurde. Unter dem Dach der allgemeinen Gesundheitspolitik fokussiert sich die enge Politik wie bisher stärker auf Allokations-, Organisations- und Finanzierungsfragen, stellt also eher eine Gesundheits**system**politik dar, während sich die weite Politik durch ihren Präventionsschwerpunkt, ihre speziellen gesundheitsbezogenen Ziele und ihr integrales, auf Vorrang bedachtes Denken gegenüber allen übrigen Politikfeldern auszeichnet. Letztere Politik ist nicht, konnotativ verharmlosend, per se weit, sondern es handelt sich vielmehr um eine Gesundheits**dominanz**politik, die je nach Sichtweise mehr oder weniger Legitimität besitzt, aktuell aber noch bewusste oder unbewusste Schwächen aufweist. So ist der Zielkatalog nicht vollständig und bestehende Zielkonflikte werden nicht immer ausreichend berücksichtigt – insbesondere bezüglich der gesundheitsbezogenen Finanzziele. Die dritte definitorische Untersäule der Gesundheitspolitik im Allgemeinen bildet ihre anwendungs- und umsetzungsorientierte, praktische Sichtweise. Demnach können wir in diesem Zusammenhang generell von einer Gesundheits**reform**politik sprechen. Sie ist zugleich das Erkenntnisobjekt der Gesundheits**system**- und Gesundheits**dominanz**politik.

¹²⁴ Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014), S. 12 und weiter vorne FN 57.

Abbildung 6: Modifizierte Systematisierung der Dimensionen der Gesundheitspolitik



Quelle: eigene Darstellung

Abbildung 7: Modifizierte Definitionen und Dimensionen der Gesundheitspolitik

Allgemeine Gesundheitspolitik	Gesundheitspolitik ist „die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen und sozialen Gruppen Einfluss nehmen, gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstellen oder auch nur die individuellen und sozialen Folgen von Krankheit lindern“. ¹	
Gesundheitspolitik im engeren Sinne	Gesundheitssystempolitik	Gesundheitspolitik ist die Ausgestaltung von rechtlichen, institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen unter denen Ärzte, Heilmittelerbringer, Krankenhäuser, Krankenkassen und Patienten ihre Aktivitäten so entfalten können, dass damit die Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung bestmöglich ökonomisch erreicht werden kann, ² und zwar im Sinne der Krankheitsbewältigung und der Absicherung vor Krankheitsrisiken.
Gesundheitspolitik im weiteren Sinne	Gesundheitsdominanzpolitik	Gesundheitspolitik ist das Bemühen des Staates, politischer Entscheidungsträger und anderer Akteure sowie Bevölkerungsgruppen in ihrem Bestreben nach Gesundheit als integralem Bestandteil von Wohlergehen durch einen gesamtstaatlichen wie auch gesamtgesellschaftlichen Ansatz ziel- und prozessorientiert zu steuern. ³
Angewandte Gesundheitspolitik	Gesundheitsreformpolitik	Gesundheitspolitik ist ein komplexer realpolitischer Entstehungs-, Gestaltungs-, Verhandlungs- und Umsetzungsprozess der Reform und Gesetzgebung einschließlich der akteursbezogenen, interaktiven Einflussnahme und Interessenvertretung.

¹ Rosenbrock / Gerlinger (2014), S. 12. ² Metze (1982), S. 8. ³ In Anlehnung an die gesundheitspolitische Interpretation des Governance-Begriffs der WHO (2013,1), S. 78).

Quelle: eigene Darstellung

Unterstellt man eine Definition der allgemeinen Gesundheitspolitik, so ergeben sich daraus Konsequenzen für das Zielsystem. Als Basis für die Erstellung einer Zielpyramide der allgemeinen Gesundheitspolitik (Abb. 8) bietet sich die in Abb. 2 illustrierte Zielpyramide der Gesundheitspolitik in enger Sicht an, denn sie verknüpft den Gesundheitsbereich notwendigerweise mit dem gesellschaftsrelevanten Wirtschaftsbereich und blendet ihn nicht ideologisch aus. Um die Relevanz von Gesundheit innerhalb dieses Zielsystems zu stärken und damit eine Synthese beider gesundheitspolitischer Ansätze zu bewirken, werden mindestens zwei Änderungen vorgeschlagen, die auf dem Papier vermeintlich unscheinbar aussehen, aber tatsächlich nicht trivial sind: Die wichtigste Änderung besteht darin, die Gesundheit zum Grundwert zu erheben. Sie ist ein Menschenrecht und stellt damit einen Wert per se dar.¹²⁵

Die Gesundheit bildet demzufolge ein eigenständiges Primärziel und verfügt nicht nur – wie eingangs ausführlich erläutert – über implizite Schnittstellen zu den drei Grundwerten Freiheit, Gerechtigkeit und Sicherheit. Diese Schnittstellen sind für die neue Interpretation bedeutsam: So ist Gesundheit selbstverständlich unverändert eine wesentliche Voraussetzung für ein Leben in Freiheit und Souveränität, genauso wie Fragen von Gerechtigkeit und Sicherheit im Sinne von Umverteilung, Chancengerechtigkeit, Verminderung von sozialen Ungleichheiten, Vertrauen, sozialer Stabilität und Lebensqualität höchste Relevanz besitzen. An dieser Stelle ist es wichtig, festzulegen, was konkret unter Gesundheit zu verstehen ist, d. h., ob sie im engeren Sinne funktionell oder im weiteren Sinne querschnittsbezogen definiert werden soll. Der funktionelle Gesundheitsbegriff bedeutet demnach als Umkehrung zum Krankheitsbegriff eine altersgemäße psychophysische Norm, Funktionalität und Belastbarkeit, während der weite Gesundheitsbegriff, wie bereits mehrfach erläutert, alle Lebensverhältnisse umfassen würde.¹²⁶ Aus Sicht des Autors kann die weite Interpretation des Gesundheitsbegriffs auf der Ebene der Primärziele nicht grundsätzlich ausgeklammert werden, müsste allerdings bezüglich ihrer Relevanz für einzelne Lebens-, Politik- und Gesellschaftsbereiche und vor allem ihrer Dominanz in diesen Bereichen deutlich hinterfragt werden. Vor allem dürften aus Gesundheit als Grundrecht keine Freiheitsfesseln oder Entmündigungen abgeleitet werden. Ansonsten würde Gesundheit als oberstes Gemeinschaftswohl auf das gesamte Gesellschaftssystem lähmend wirken. Als Basis bietet sich folglich eher die funktionale Gesundheitsdefinition

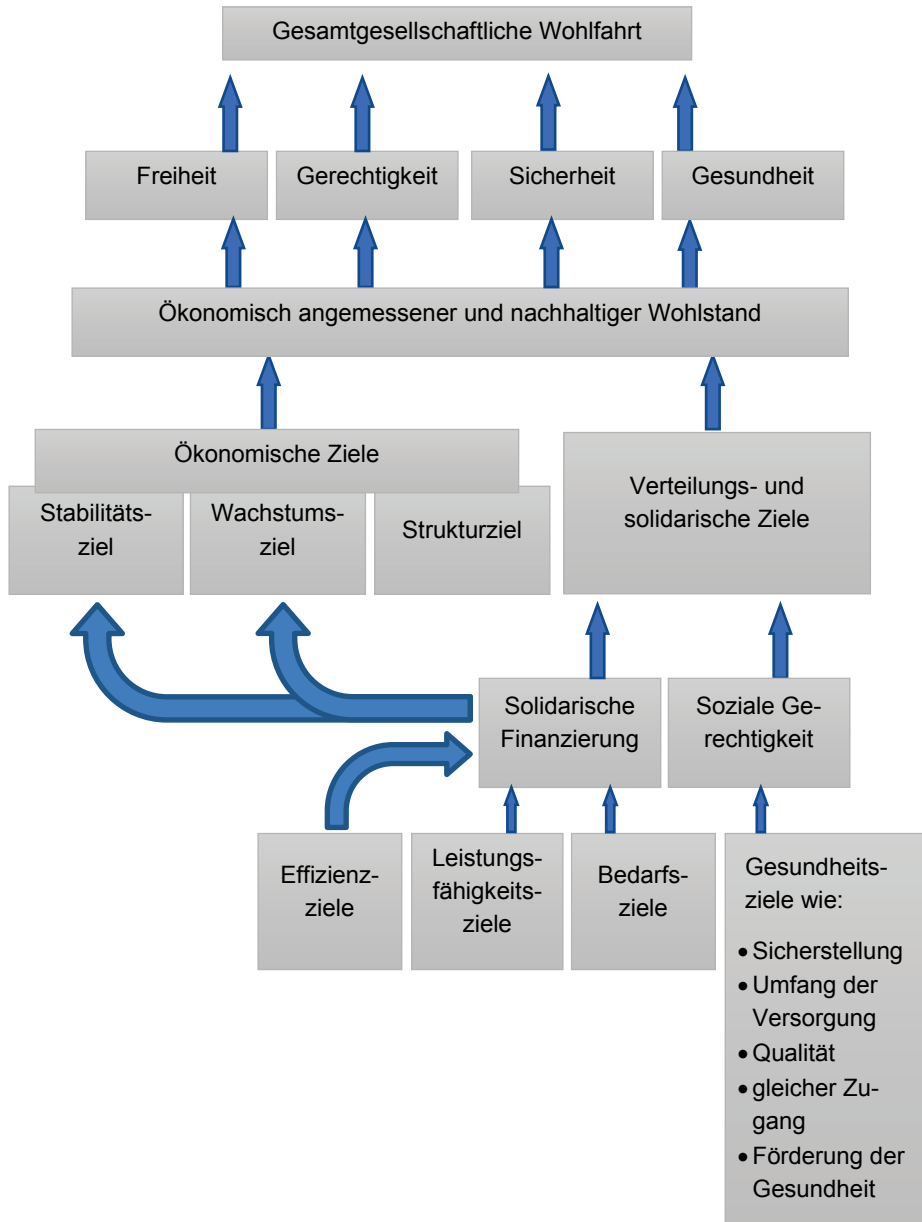
¹²⁵ Vgl. Fleßa, S. / Greiner, W. (2013), S. 19.

¹²⁶ Vgl. auch Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), S. 47.

an. Sie ist systemkonform und lässt sich als Primärziel mittels Senkung der Morbidität und Mortalität zur Verbesserung der Lebenserwartung und indirekt der Lebensqualität näher umschreiben und sogar operationalisieren.

Die zweite wesentliche Änderung aus Sicht der allgemeinen Gesundheitspolitik ist die auch in anderen gesellschaftlichen Kontexten intensiv diskutierte Anpassung des Primärfilters Wohlstand. Dieser wird nicht mehr ausschließlich als ökonomische Wohlstandsmaximierung definiert, sondern im Sinne einer stetigen und angemessenen ökonomischen Wohlfahrtsveränderung festgelegt, d. h., ökonomischer Wohlstand bildet zwar weiterhin die Grundlage einer freien, gerechten und sicheren Gesellschaft, das Ziel besteht aber nicht mehr darin, ihn singular zu maximieren, sondern darin, ihn nachhaltig zu optimieren. Demnach ist die Frage, ob und inwieweit Zielsetzungen auf der Primärzielebene im Verhältnis untereinander durch den Wohlstand beeinflusst werden, verstärkt zu berücksichtigen. So ist nicht auszuschließen, dass eine relative Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung oder einzelner Schichten einen Rückgang des BIP oder dessen von Wachstumsrate nach sich zieht. Politik muss dazu tragfähige Positionen finden. Wenn dies gelingt, bildet ein nachhaltiges ökonomisches Wachstum das Fundament für eine freie, gerechte, sichere und künftig gesunde Gesellschaft.

Abbildung 8: Zielhierarchie der allgemeinen Gesundheitspolitik



Quelle: eigene Darstellung

Die Sekundärebene kann dagegen im Wesentlichen so erhalten bleiben, wie es in Abbildung 2 bereits vorgeschlagen wurde. Damit sind solidarische Finanzierungs- und Effizienzfragen weiterhin zentral und systemrelevant. Schließlich sind sie kein Selbstzweck, sondern vielmehr eine wesentliche Voraussetzung für die Verwirklichung der Primär- bzw. Oberziele. Nur ein effizientes System verfügt in einer Umwelt, die sich sowohl demografisch als auch medizinisch-technologisch verändert, langfristig über genügend Ressourcen, um die eigene Finanzierung ausreichend zu sichern und die Grundwerte angemessen zu realisieren. Aus ökonomischer Perspektive sind Wirtschaftlichkeit und Effizienz damit Instrumente, die dazu dienen, die Grundwerte zur Geltung zu bringen.¹²⁷ Allerdings bedarf es auch auf der Sekundärzielebene einer ständigen Beobachtung von Zielbeziehungen. Insbesondere müssen die Zielkonflikte zwischen beispielsweise Qualität und Wirtschaftlichkeit, freiem Zugang und Versorgungseffizienz etc. immer wieder neu bewertet werden. Um zu entscheiden, ob und inwieweit die Ziele auf der Sekundärzielebene ergänzt werden sollten, sind weitere Analysen und Bewertungen erforderlich. Zugleich stellt sich die Frage, wie tief die Pyramide in Richtung Mittel- bzw. Instrumentenebene zu untergliedern wäre. Die Ausgestaltung weiterer Gliederungsebenen hätte zwar Vorteile für die Ziel- und Ergebnisorientierung der Gesundheitspolitik, würde aber aufgrund der zunehmenden Komplexität auf Konsistenzprobleme und praktische Umsetzungswiderstände stoßen. Entsprechend ist die Zielpyramide der allgemeinen Gesundheitspolitik in Abb. 8 als Diskussionsanregung zu verstehen. Um die gesundheitspolitische Diskussion zu versachlichen, ist und bleibt zweifellos eine Theorie der Gesundheitspolitik notwendig.

¹²⁷ Vgl. Fleßa, S. / Greiner, W. (2013), S. 17f.

6 Fazit

Mit der Gesundheitspolitik werden zunehmend bedeutsame wirtschaftliche und gesellschaftliche Entscheidungen eingeleitet. Insbesondere demografische und technologische Umfeldänderungen werden künftig verstärkt Druck auf den Gesundheitsbereich ausüben. Zeitgleich gewinnen Fragen zur Gesundheit im Allgemeinen gesellschaftlich an Gewicht. Sie gehen weit über Finanzierungs- und Systemfragen hinaus und tangieren das Werteverständnis der Menschen. Um diese relevanten Entwicklungen angemessen einzufangen und zu diskutieren, wird eine Theorie der Gesundheitspolitik benötigt, die nicht nur deskriptiv die Praxis der Gesundheitspolitik beschreibt und analysiert sowie Motive und Konsequenzen des Geschehenen systematisch erklärt, sondern die sich auch erkenntnisleitend und vor allem möglichst wertungsfrei der konzeptionellen Frage widmet, wie ein konsistentes gesundheitspolitisches Zielbündel aussehen könnte (zu den inhaltlichen Dimensionen einer Theorie der Gesundheitspolitik siehe Fußnote 1). Dies umfasst einen vollständigen Zielkatalog, der transparent und politisch nachvollziehbar ist, und beinhaltet darüber hinaus eine verbindliche Zielhierarchisierung. Dabei bedarf es einer Verknüpfung von gesundheitsbezogenen, epidemiologischen und ökonomischen Zielgrößen, die aufgrund der Komplexität des Gesundheitswesens nicht leicht umzusetzen ist. Das spricht für einen synthetischen Ansatz, der die Ziele, Grundannahmen und Ergebnisse der jeweils beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen berücksichtigt. Die hier vorgeschlagene Zielpyramide zur allgemeinen Gesundheitspolitik stellt den Versuch dar, einen Aufschlagspunkt für die Synthese bereitzustellen. Schwierigkeiten ergeben sich in diesem Zusammenhang allerdings bereits aus der Überlegung, welcher Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriff zugrunde gelegt werden sollte. Wenn die WHO-Definition infolge ihres hohen Anspruchs realpolitisch ins Leere läuft und keine konsistente Operationalisierung zulässt, der hier empfohlene Krankheitsbegriff dagegen zu eng ist, müssten im ersten Schritt anwendungsorientierte Gesundheitsbegriffe entwickelt und politisch vereinbart werden¹²⁸, und zwar einschließlich der damit verbundenen Festlegung des dominanten Allokations- und

¹²⁸ Das durch die OECD entwickelte Zielsystem (vgl. Arah, O.A. et al. (2006)), das hinsichtlich der bereits erwähnten drei Ziele Qualität, Zugang und Verteilung sowie Effizienz unterscheidet (siehe Fußnote 5), Determinanten der individuellen Gesundheit ansatzweise systematisiert und Abspringpunkte für weitere empirische Analysen bietet (vgl. Manouguian, M.-S. et. al. (2010)), könnte eine politisch committbare Basis für die Zielbeschreibung einer allgemeinen Theorie der Gesundheitspolitik bereitstellen. Allerdings müsste auch bei der OECD-Klassifizierung das Zielsystem noch deutlich stärker hierarchisiert und differenziert sowie die Zielbezüge untersucht werden.

Verteilungsmechanismus für das Gesundheitswesen. Beides ist nicht trivial, weil dahinter noch größere Fragen stehen: Was versteht man unter Wohlstand? Wie lässt sich soziale Ungleichheit vermindern? Und nicht zuletzt: Wie viel soziale Ungleichheit ist gegebenenfalls akzeptabel? Wie tief dürfen staatliche Eingriffe in persönliche Freiheiten wirken? etc.

Damit sind einige Voraussetzungen dafür genannt, um die innerhalb einer Theorie der Gesundheitspolitik notwendig zu bestimmenden Ziel-Mittel-Zusammenhänge zwischen Bevölkerung, Versicherten, einzelnen Versorgungsebenen und Institutionen sowie den Determinanten der Gesundheit und dem gesellschaftlichen Gesundheitszustand systematisch abzuleiten. Die Ergebnisse daraus, ihre Input-Output-Relationen sowie ihre ökonomischen Effizienz- und epidemiologisch relevanten, möglichst operationalisierten Effektivitätsbeziehungen bilden die Grundlage für die Entscheidungen zum gesundheitspolitischen Instrumenteneinsatz. Zuletzt benötigt eine Theorie der Gesundheitspolitik Kontrollen und Prognosen über die Wirkung geplanter und unterlassener Maßnahmen.

Eine wirkungsvolle Gesundheitspolitik erfordert aber nicht nur Methoden und Konzepte, sondern vor allem auch Daten. Diesbezüglich konnten in den vergangenen Jahren spürbare Fortschritte erzielt werden, beispielsweise über die Einführung der Gesundheitsberichterstattung. Gleichsam ist die Datenlage im Gesundheitsbereich weiterhin extrem lückenhaft und brüchig. Selbst naheliegende Fragen zur sozialen Ungleichheit können aktuell allenfalls empirisch-deskriptiv, aber nur unzulänglich kausal beantwortet werden.¹²⁹ Hier existiert ein erhöhter Forschungsbedarf.

Angesichts dieser gewaltigen Aufgaben liegt es nahe, zunächst einmal kleine Schritte der „Verwissenschaftlichung“ von Gesundheitspolitik zu gehen. So bietet die Verhaltensökonomie einen fruchtbaren Boden für die Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik. Sie sollte allerdings nicht nur von der Ergebnisseite her unreflektiert zum vermeintlich fürsorglichen „Stupsen“ missbraucht werden, sondern vor allem systematische Erklärungsansätze für Gesundheitsverhalten bereitstellen. Bei den Allokationsprozessen fokussiert die Gesundheitsökonomie seit jeher auf Marktversagen. In diesem Kontext könnte die Verhaltensökonomie wichtige parallele oder ergänzende Erkenntnisgewinne eröffnen, aus denen sich kluge Gesundheitsmaßnahmen ableiten ließen. Im wohlbegründeten Einzelfall können das dann auch die wohlmeinenden „Stupser“ sein.

¹²⁹ Vgl. Jürges, H. (2014), S. 246ff.

Weiterhin wird eine veränderte Evaluationskultur in der Gesundheitspolitik gefordert. Diese sollte sowohl die Gesundheitsökonomie als auch die Epidemiologie umfassen und dazu beitragen, zu erreichen, dass gesundheitspolitische Konzepte, Programme und Aktivitäten stärker wissenschaftlich ausgewertet werden.¹³⁰ Evidenzbasierte Gesundheitspolitik ist in diesem Zusammenhang ein häufig genanntes Stichwort. Dahinter steht die Idee, dass staatliche Interventionen jeweils eine Evidenzbasierung im Sinne einer systematischen Auswertung des eigenen Wissensstands erfordern – einschließlich ihrer nachträglichen wissenschaftlichen Evaluation.¹³¹

Die Notwendigkeit der Evidenzbasierung von Gesundheitspolitik ist durchaus nachvollziehbar, wenngleich in der politischen Realität sehr anspruchsvoll umzusetzen. Eine Theorie der Gesundheitspolitik kann diese Evidenzbasierung nicht ersetzen. Im Gegenteil ist aktuell eher zu befürchten, dass Politik im Allgemeinen und Gesundheitspolitik im Besonderen immer stärker von der Lebensrealität her netzwerkbasierend emotional aufgeladen werden, mit der Folge theoretischer und konzeptioneller Belanglosigkeit. So treiben beispielsweise Bluter und Diabetiker öffentliche Institutionen regelrecht vor sich her, wenn es um die Verbesserung ihrer Verbesserung geht. Krankenkassen werden im Netz attackiert, wenn sie Behandlungen ablehnen, selbst dann, wenn dies sozialrechtlich begründet ist. Gesundheitsbewusste Gruppen definieren Werte des Gesundheitsverhaltens. Wehe dem, der sich diesen Werten widersetzt, der bekommt die hohe selbstdefinierte moralische Autorität dieser Netzwerke deutlich zu spüren. In dieser Hinsicht lässt sich von einer Art netzwerkbasierter Gesundheitspolitik sprechen, die eine gegenläufige Entwicklung zur Versachlichung der Gesundheitspolitik auslöst und einer intensiven Beobachtung, Überprüfung und öffentlichen Diskussion bedarf.

Gesundheitspolitik ist vielfältig und besitzt nach wie vor beträchtliches Entwicklungspotenzial. Bezüglich ihrer Systematisierung und methodischen Einordnung bleibt daher weiterhin viel zu tun. Die hier vorgestellten Überlegungen zur Definition und Aspektierung sowie zu den Zielbeziehungen der allgemeinen Gesundheitspolitik stellen einen möglichen Diskussionsansatz dar.

¹³⁰ Vgl. Lauterbach, K.W. / Lungen, M. / Schrappe, M. (2010); Jürges, H. (2014), S. 254f.

¹³¹ Vgl. Sackett, D.L. et al. (1996), S. 71f.; Schrappe, M. / Lungen, M. (2010), S. 27.

Literaturverzeichnis

- Altgelt, Th. / Kickbusch, I. (2012): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. et al., (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München: Urban & Fischer, S. 187-195.
- AOK Bundesverband (2017): Geschichte der GKV-Reformen. Unter: <http://aok.de/hintergrund/reformgeschichte/index.html> (eingesehen am: 09. November 2017).
- AOK Hessen (2015), Aktuelle Gesundheitspolitik, Bad Homburg: mimeo.
- Arah, O.A. / Westert, G.P. / Hurst, J. / Klazinga, N.S. (2006): A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. In: International Journal for Quality in Health Care, Vol. 18, No. 1, S. 5-13.
- Berg, H. / Cassel D. / Hartwig, K.-H. (2007): Theorie der Wirtschaftspolitik. In: Apolte, T. et al., (Hrsg.): Vahlens Kompendium der Wirtschaftspolitik und Wirtschaftstheorie, Bd. 2, München: Vahlen, S. 243-368.
- Blankart, C.B. (2003): Öffentliche Finanzen in der Demokratie, München: Vahlen.
- Bog, I. (1984): Wirtschaftspolitische Konzeptionen in der Geschichte. In: Cassel, D., (Hrsg.): Wirtschaftspolitik im Systemvergleich. Konzeption und Praxis der Wirtschaftspolitik in kapitalistischen und sozialistischen Wirtschaftssystemen, München: Vahlen, S. 23-43.
- Boroch, W. (1996): Social Policy as an Institutional Transformation Problem. In: Intereconomics, Vol. 31, No. 3, S. 139-146.
- Boroch, W. / Matusiewicz, D. (2016): Vierfelder-Matrix der Marktpositionierung von gesetzlichen Krankenkassen. In: ZVersWiss, Jg. 105, Heft 2, S. 131-147.
- Braakmann, A. (2009): Wie lässt sich Wohlstand messen? In: Wirtschaftsdienst, Jg. 89, Heft 12, S. 783-787.
- Breyer, F. / Grabka, M. / Jacobs, K. et al. (2001): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte von Gesundheitsleistungen. Ökonomische Chancen unter sich verändernden demographischen und wettbewerblichen Bedingungen in der europäischen Union, Endbericht, Berlin 29. Oktober 2001. Unter: <https://www.diw.de/sixcms/detail> (eingesehen am: 24. Oktober 2017).

- Cassel, D. (1988): Wirtschaftspolitik als Ordnungspolitik. In: Cassel, D. / Ramb B.-Th. / Thieme, H.J., (Hrsg.): Ordnungspolitik, München: Vahlen, S.313-333.
- Cassel, D. (2000), Ordnungspolitische Gestaltung des Gesundheitswesens in der Sozialen Marktwirtschaft. In: Meyer, O.G. / Straubhaar, T., (Hrsg.): Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, 45. Jg., Tübingen: J.C.B. Mohr, S. 123-143.
- Cassel, D. (2006): Perspektiven. Solidarische Wettbewerbsordnung: ein bleibender Reformtorso? Handlungsbedarf, Umsetzungsprobleme und Realisierungshemmnisse. In: Cassel, D. / Jacobs, K. / Vauth, C. / Zerth, J., (Hrsg.): Solidarische Wettbewerbsordnung. Genese, Umsetzung und Perspektive einer Konzeption zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg: medhochzwei, S. 339-350.
- Damm, K. / Schulenburg, J.-M. von der (2012): Gesundheitsökonomische Evaluation und Verteilungsgerechtigkeit. In: Schöffski, O. / Schulenburg, J.-M., (Hrsg.): Gesundheitsökonomische Evaluationen, Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer, S. 501-520.
- Eucken, W. (1952): Grundsätze der Wirtschaftspolitik, Tübingen: Mohr.
- Fehr, E. (2006): Wann dominiert Eigennutz das Sozialverhalten? Unter: <https://www.fias.uni-frankfurt.de/complexity> (eingesehen am: 12. Juli 2017).
- Fehr, E. / Nowak, M.A. / Sigmund, K. (2002): Verhaltenspsychologie. Teilen und Helfen – Ursprünge sozialen Verhaltens. In: spektrum.de. Unter: www.spektrum.de/magazin/teilen-und-helfen (eingesehen am 22. Oktober 2017).
- Fleßa, S. / Greiner, W. (2013), Grundlagen der Gesundheitsökonomie. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken im Gesundheitswesen, Berlin, Heidelberg: Springer Gabler.
- Frey, B.S. (2011): Glücksforschung aus Sicht der Ökonomie. In: Soziale Sicherheit, Heft 6, S. 294-297.
- Gerlinger, Th. (2014): Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Unter: www.bpb.de/politik/gesundheitspolitik (eingesehen am: 09. August 2017).

- Gesundheitsziele.de (o.Jg.): Nationale Gesundheitsziele – gesundheitsziele.de. Unter: www.gesundheitsziele.de/cgi-bin.de/ (eingesehen am: 30. Oktober 2010).
- Hartwig, K.-H. (1984): Bundesrepublik Deutschland: Wirtschaftspolitik in der Sozialen Marktwirtschaft. In: Cassel, D., (Hrsg.): Wirtschaftspolitik im Systemvergleich. Konzeption und Praxis der Wirtschaftspolitik in kapitalistischen und sozialistischen Wirtschaftssystemen, München: Vahlen, S. 179-195.
- Häussler, B. / Ecker, T. / Schneider, M. (2006): Belastung der Arbeitgeber in Deutschland durch gesundheitssystembedingte Kosten im internationalen Vergleich, Baden-Baden: Nomos.
- Hess, R. (2012): Gesundheitsziele.de – ein sinnvoller Prozess mit strukturellen Hürden. In: G+G wissenschaft, Jg. 12, Heft 2, S. 16-23.
- Hurrelmann, K. / Klotz, Th. / Haisch, J. (2014): Einführung: Krankenprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K. / Klotz, Th. / Haisch, J., (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Bern: Huber, S. 13-23.
- Jürges, H. (2014): Bildungspolitik versus Gesundheitspolitik – Evidenzbasierte Interventionen gegen soziale Ungleichheit in Gesundheit. In: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Jg. 15, Heft 2, S. 246-255.
- Kelley, E. / Hurst J. (2006): Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper. In: OECD Health Working Papers No. 23, Paris: OECD.
- Knieps, F. (2016): Gesundheitspolitik zwischen Wettbewerb, Selbstverwaltung und staatlicher Steuerung – Versuch einer Bilanz der Gesundheitsreformen seit 1989. In: Wille, E. (2016): (Hrsg.): Entwicklung und Wandel in der Gesundheitspolitik, Frankfurt a.M.: Peter Lang - Academic Research, S. 25-36.
- Koch, A.S. / Czogalla, Ch / Ehret, M. (2008): Grundlagen der Wirtschaftspolitik, Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Kolev, S. (2011): Neoliberale Leitideen zum Staat. Die Rolle des Staates in der Wirtschaftspolitik im Werk von Walter Eucken, Friedrich August von Hayek, Ludwig von Mises und Wilhelm Röpke, Diss., Hamburg, 04. März 2011. Unter: www.ediss.sub.uni.hamburg.de/Dissertation (eingesehen am: 24. Juli 2017).
- Lampert, H. (1989): Wirtschaftliche und wirtschaftspolitische Wirkungen der Sozialpolitik. In: wisu, Jg. 18, Heft 1, S. 49-54.

- Lauterbach, K.W. / Lungen, M. / Schrappe, M. (2010), (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium, Stuttgart: Schattauer.
- Luhmann, N. (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft, Bd. 1 und 2, Frankfurt: Suhrkamp.
- Lungen, M. / Schrappe, M. (2010): Evidence-based Policy Making. In: Lauterbach, K.W., et al., (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium, Stuttgart: Schattauer, S. 39-59.
- Manouguian, M.-S. / Stöver, J. / Verheyen, F. / Vöpel, H. (2010): Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich. In: HWWI Policy Paper 55, Hamburg: HWWI.
- Majer, H. (2001): Moderne Makroökonomik. Ganzheitliche Sicht, München, Wien: R. Oldenbourg.
- Metze, I. (1982): Gesundheitspolitik. Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.
- Okun, A. (1975): Equality and Efficiency. The big Tradeoff, Washington D.C.: Brookings.
- Ott, N. (2007): Sozialpolitik. In: Apolte, T., et al., (Hrsg.): Vahlens Kompendium der Wirtschaftspolitik und Wirtschaftstheorie, Bd. 2, München: Vahlen, S. 557-614.
- Piketty, Th. (2013): Da Kapital im 21. Jahrhundert, München: Beck C.H.
- Reiter, R. (2014): Jüngere Reformen in der Gesundheitspolitik. Unter: www.bpb.de/politik/juengere.reformen (eingesehen am 30. Oktober 2017).
- Ribhegge, H. (2011): Europäische Wirtschafts- und Sozialpolitik, Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer.
- Robert Koch-Institut (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes – gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin, November 2015.
- Rogall, H. (2009): Nachhaltige Ökonomie. Ökonomische Theorie und Praxis einer nachhaltigen Entwicklung, Marburg: Metropolis.

- Rogall, H. / Gapp, K. (2015): Homo heterogenus - das neue Menschenbild in der Ökonomie. In: Diekmeier, C. / Hemel, U. / Manemann, J., (Hrsg.): Wirtschaftsanthropologie, Baden-Baden: Nomos, S. 99-115.
- Rosenbrock, R. (1998): Gesundheitspolitik, Discussion Paper P98-203, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin: WZB.
- Rosenbrock, R. / Gerlinger, Th. (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern: Huber.
- Ruckriegel, K. (2012): Glücksforschung – Konsequenzen für die (Wirtschafts-) Politik. In: Wirtschaftsdienst, Jg. 92, Heft 2, S. 129-135.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995), Sondergutachten 1995. Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden: Nomos.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung, Baden-Baden: Nomos.
- Sackett, D.L. / Rosenberg, W.M.C. / Gray, J.A.M. / Haynes, R.B. / Richardson, W.S. (1996): What it is and what it isn't. It's about integrating individual clinical expertise and the best expertise evidence. In: BMJ, Vol. 312, S. 71-72.
- Scherenberg, V. (2009): Nachhaltige Gesundheitspolitik, Gastbeitrag in: Rogall, H. (Hrsg): Nachhaltige Ökonomie. Ökonomische Theorie und Praxis einer nachhaltigen Entwicklung, Marburg: Metropolis, S. 364-366.
- Schmidt, B. (2008): Eigenverantwortung haben immer die Anderen. Der Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen, Bern 2008: Huber.
- Schrappe, M. / Lungen, M. (2010): Evidence-based Health Care. In: Lauterbach, K.W. et al., (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Management und Evidence-based Medicine. Handbuch für Praxis, Politik und Studium, Stuttgart: Schattauer, S. 26-38.
- Schwartz, F.W. / Kickbusch, I. / Wismar, M. / Krugmann, C.S. (2012): Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Schwartz, F.W. et al., (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen, München: Urban & Fischer, S. 243-257.

- Simon, M. (2015): Lobbyismus in der Gesundheitspolitik. Unter: www.bpb.de/politik/innenpolitik (eingesehen am: 12. August 2017).
- Snowdon, Ch. (2013): The Proof of the Pudding. Denmark's fat tax fiasco. In: IEA Current Controversion Paper, No. 42, May 2013, <https://iea.org.uk/publications/research> (eingesehen am: 12. August 2017).
- Statistisches Bundesamt (2017,1): Erwerbstätigkeit. Destatis. Unter: <https://www.destatis.de/Erwerbstätigkeit> (eingesehen am: 12. August 2017).
- Statistisches Bundesamt (2017,2): Gesundheitspersonal. Destatis. Unter: <https://www.destatis.de/Gesundheitspersonal> (eingesehen am: 12. August 2017).
- Straubhaar, T. (2015): Neoliberalismus – viele verstehen das Wort falsch. In: Welt, 14.05.2015. Unter: <https://www.welt.de/wirtschaft> (eingesehen am 09. August 2017).
- Straubhaar, Th. / Geyer, G. / Locher, H. / Pimpertz, J. / Vöpel, H. (2006): Wachstum und Beschäftigung im Gesundheitswesen. Beschäftigungswirkungen eines modernen Krankenversicherungssystems, Baden-Baden: Nomos.
- Toepffer, J. (1997): Krankenversicherung im Spannungsfeld zwischen Markt und Staat, Bayreuth: P.C.O.
- Troschke, J. von / Mühlbacher, A. (2005): Grundwissen: Gesundheitsökonomie – Gesundheitssystem – Öffentliche Gesundheitspflege, Bern: Huber.
- Tunder, R / Ober, J. (2017): Einführung in das deutsche Gesundheitssystem. Historie, Grundstrukturen und Basisdaten. In: Working Paper, Health Care Management Institute, Oestrich im Winkel: EBS/HCMI. Unter: www.ebs-hcml.de/medien/pdf-index (eingesehen am: 09.November 2017).
- Wagner, G.G. (2009): Zufriedenheitsindikatoren – keine einfachen Zielwerte für die Politik. In: Wirtschaftsdienst, Jg. 89, Heft 12, S. 796-800.
- Welfens, P.J.J. (2013): Grundlagen der Wirtschaftspolitik. Institutionen - Makroökonomik - Politikkonzepte, Heidelberg, Dordrecht, Berlin, New York: Springer.
- WHO (1946): Satzung der Weltgesundheitsorganisation. Übersetzung der Bundesrepublik Deutschland, Bundesgesetzblatt Teil II, Nr. 4, 29. Januar 1974, S. 43-64. Unter: <https://www.bgbl.de/Xaver/text.xav?bk=bundesanzeiger> (eingesehen am 01. Juli 2017).

- WHO (2013, 1): Gesundheit 2020. Rahmenkonzept und Strategie der Europäischen Region für das 21. Jahrhundert, Dänemark 2013.
- WHO (2013, 2): Gesundheit 2020 und die Bedeutung der Messung von Wohlbefinden: Faktenblatt. Unter: https://www.eu.who.int/_data/Assets/pdf_file/0018/185310/Health-2020 (eingesehen am 12. August 2017).
- WHO (2016): Aktionsplan zur Verstärkung der Nutzung von Evidenz, Gesundheitsinformationen und Forschung für die Politikgestaltung in der Europäischen Union der WHO, Dänemark 2016.
- Wille, E. (1999): Einführung: Die Sozialabgaben als wirtschaftspolitisches Problem. In: Wille, E., (Hrsg.): Entwicklung und Perspektiven der Sozialversicherung, Baden-Baden: Nomos, S. 7-20.
- Woll, A. (1992): Wirtschaftspolitik, München: Vahlen.
- Zieschank, R. / Diefenbacher, H. (2009): Der nationale Wohlstandsindex als Beitrag zur Debatte um Wachstum und Wohlfahrtsmaße. In: Wirtschaftsdienst, Jg. 89, Heft 12, S. 787-792.

Anlage

Abbildung 9: Überblick über bedeutsame deutsche Gesundheitsreformen und deren inhaltlichen Eckpunkte, 1977-2016

Jahr	Reform und Eckpunkte
1977	<p>Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arzneimittel-Höchstbeträge • Leistungsbeschränkungen • Bagatell-Medikamente werden nicht mehr bezahlt • Zuzahlungen pro Arznei-, Verbands- und Heilmittel, 50 Cent pro Medikament (vorher 1,25 Euro pro Rezept) • Obergrenze der Eigenbeteiligung bei Zahnersatz von 250 Euro wird gestrichen
1982	<p>Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz (KVEG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 75 Cent pro Medikament • Zwei Euro Zuzahlung bei Verordnung von Brillen und Heilmitteln wie Massagen, Bädern
1983	<p>Haushaltsbegleitgesetz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Euro Zuzahlung pro Medikament • Ein Krankenhaustag kostet 2,50 Euro - höchstens 35 Euro • Krankenversicherung der Rentner nicht mehr beitragsfrei
1989	<p>Gesundheitsreformgesetz (GRG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • "Negativliste" für Medikamente • Festbeträge, die Differenz zu höheren Preisen muss der Patient tragen. • Höhere Rezeptgebühr für Arzneimittel • 1,50 Euro Aufschlag bei nicht preisgebundenen Präparaten • Klinik-Zuzahlung wird verdoppelt • Einführung der Zuzahlung im zahnärztlichen Bereich
1993	<p>Gesundheitsstrukturgesetz (GSG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ab 1997 freie Kassenwahl für alle Versicherten • Einführung der Budgetierung • Erhöhte Zuzahlungen für Medikamente • Höhere Zuzahlungen bei Zahnersatz und Heilmitteln sowie für die Krankenhausbehandlung • Beträge für Medikamente werden nach Packungsgröße gestaffelt

1996	Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG)	<ul style="list-style-type: none"> • Streichung des Zuschusses zum Zahnersatz für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind (galt bis 1998). • Keine Erstattung bei Brillengestellen • Höhere Zuzahlungen für Arzneimittel • Leistungskürzungen und Zuzahlungserhöhungen bei Kuren • Absenkung des Krankengeldes
1997	1. und 2. GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOG)	<ul style="list-style-type: none"> • Höhere Zuzahlungen für Arznei- und Heilmittel (zwischen 4,50 und 6,50 Euro) • "Krankenhaus-Notopfer": Je Krankenhaustag 7 Euro - Kuren bis zu 12,50 Euro • Kassenzuschuss für Zahnersatz bei vor 1979 Geborenen wird gestrichen • Höhere Eigenbeteiligung bei Fahrtkosten
1999	GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG)	<ul style="list-style-type: none"> • Wiedereinführung der Budgets für Arzthonorare und Krankenhäuser • Arznei- und Heilmittelbudgets • Anspruch auf Versorgung mit Zahnersatz auch für nach 1978 Geborene • Zuzahlungen für Medikamente und Heilmittel werden gesenkt
2000	GKV-Gesundheitsreformgesetz	<ul style="list-style-type: none"> • Budgetverschärfung für Arzthonorare, Arzneien und Krankenhäuser • Regress bei Überschreitung des Budgets
2001	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)	<ul style="list-style-type: none"> • Abschaffung Budgets für Heil- und Arzneimittel
2002	Beitragssatzsicherungsgesetz (BSSichG)	<ul style="list-style-type: none"> • Kürzung des Sterbegeldes • Weitere Verschärfung der Budgets für Arzthonorare und Krankenhäuser
	Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs	<ul style="list-style-type: none"> • Kassenartenübergreifender RSA bis spätestens Ende 2016 um Morbiditätsorientierung erweitern • Einrichtung zusätzlicher Risikopool

2003 Fallpauschalengesetz (FPG)

- Gesetzliche Grundlage für eine stufenweise Einführung der DRGs ab 2003 im Krankenhaus

2004 GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)

- Zehn Euro Praxisgebühr / Quartal
- Zehn Prozent Zuzahlung bei Arznei- und Hilfsmitteln (mindestens fünf und höchstens zehn Euro)
- Zehn Euro pro Krankenhaustag begrenzt auf 28 Tage
- Nicht verschreibungspflichtige AM, Fahrtkosten und Brillen komplett zu lasten des Patienten
- Streichung von Entbindungs- und Sterbegeld
- Belastungsobergrenze für Zuzahlungen beträgt zwei Prozent (für chronisch Kranke ein Prozent) des jährlichen Bruttoeinkommens

2007 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)

- Krankenversicherungspflicht für alle (ab 01.01.2009)
- Rechtsanspruch auf Rehabilitation und häusliche Krankenpflege
- Verbesserung der Palliativmedizin
- Krankenhäuser dürfen ambulant behandeln
- Impfungen und Kuren werden Pflichtleistungen
- Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimittel
- Zweitmeinung bei speziellen Arzneimittelverordnungen
- Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Herstellern von Arzneimitteln
- Mehr Wettbewerb unter den Krankenkassen
- Ein Spitzenverband statt bisher sieben
- Ermöglichung von kassenartenübergreifenden Fusionen
- Einführung eines einheitlichen Beitragssatzes ab 1. Januar 2009 in der GKV
- Gesundheitsfonds

2011 GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)

- Erhöhung einheitlicher Beitragssatz von 14,9 auf 15,5 Prozent
- Arbeitgeberbeitrag auf 7,3 Prozent festgeschrieben
- Neugestaltung Zusatzbeiträge mit Sozialausgleich
- Vereinfachter Wechsel von der GKV in die PKV

Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)

- Regelungen zur Preissteuerung bei patentgeschützten Medikamenten
- Vorgaben zur Frühen Nutzenbewertung von Arzneimitteln
- Bestimmungen zu Erstattungsbeträgen für neue Arzneimittel
- Präzise Vorgaben zur Veröffentlichung klinischer Studienergebnisse
- Neuregelung der Großhandelszuschläge

2012 GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)

- Sicherung einer wohnortnahen ambulanten Versorgung auf dem Land
- Flexiblere regionale Bedarfsplanung und stärkere Einbeziehung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung

2015 GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG)

- Termingarantie für Facharzttermine binnen vier Wochen; Einrichtung einer Terminservicestelle
- Verschärfung des Abbaus von Überversorgung
- Stärkung von Praxisnetzen
- Fachgruppengleiche medizinische Versorgungszentren und Einrichtung von MVZs durch Kommunen
- Neuregelung der Rechtsgrundlage für Selektivverträge
- Einführung des Rechts auf Zweitmeinung
- Verbesserung des Entlassmanagements bei Kliniken
- Einführung eines Innovationsfonds zur Förderung von Innovationen in der Gesundheitsversorgung mit einem Volumen von 300 Millionen Euro pro Jahr
- Verbesserung der Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und Einstieg in die Förderung der ambulanten Weiterbildung bei grundversorgenden Facharztgruppen
- Neuregelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit Wegfall der verpflichtenden Richtgrößenprüfung und Regionalisierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung

2016 Präventionsgesetz

- Stärkung in der Lebens- und Arbeitswelt einschließlich Erhöhung Fördermittel
- Gesetzliche Berücksichtigung der Gesundheitsziele
- Einführung nationale Präventionskonferenzen

Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)

- Pflegestellen-Förderprogramm
- Stärkung Qualität im Krankenhaus
- Weiterentwicklung Krankenhausfinanzierung einschließlich Mengensteuerung und Einführung eines Strukturfonds

Quelle: ergänzt und aktualisiert nach Tunder, R. / Ober, J. (2017), S. 8-10; AOK Bundesverband (2017).

Folgende Bände sind bisher in dieser Reihe erschienen:

Band 1 (2016)

Bihlmayer, Christian / Peric, Christina Maria
Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management
ISSN 2367-3176

Band 2 (2016)

Hoppenstedt, Inga
Der Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements am Beispiel von
Suchtprävention am Arbeitsplatz
ISSN 2367-3176

Band 3 (2016)

Schaff, Arnd
Betriebliches Gesundheitsmanagement als Investition – Projektmanagement und
Wirtschaftlichkeit
ISSN 2367-3176

Band 4 (2016)

Hildebrandt, Stephanie
Chancen und Risiken einer qualitätsorientierten Finanzierung für die Kranken-
häuser in Deutschland
ISSN 2367-3176

Band 5 (2016)

Lapczynna, Carmen / Siodlaczek, Claudia
Nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger – Hygienische versus wirt-
schaftliche Faktoren
ISSN 2367-3176

Band 6 (2017)

Huppertz, Holger
Durchdringung der G-BA QM-Richtlinie in einem Universitätsklinikum
ISSN 2367-3176

Band 7 (2017)

Matusiewicz, David

Verbesserung der Therapietreue in Apotheken - eine verhaltensökonomische Studie

ISSN 2367-3176

Band 8 (2017)

Kusch, Christina

Corporate Governance in Universitäts- und Privatkliniken

ISSN 2367-3176

Band 9 (2017)

Geißler, Jens

Die Digitalisierung von Geschäftsprozessen in der gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherung als Herausforderung für das Management

ISSN 2367-3176

Band 10 (2018)

Mehmet Ali, Takis

Demokratische Planwirtschaft im Gesundheitswesen.

Eine verfassungsrechtliche, ordnungs- und gesellschaftspolitische Analyse

ISSN 2367-3176



Institut für **Gesundheit & Soziales**
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

FOM Hochschule

ifgs

FOM. Eine Hochschule. Für Berufstätige.

Die mit bundesweit über 46.000 Studierenden größte private Hochschule Deutschlands führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de

Das ifgs der FOM wurde 2015 durch Prof. Dr. habil. Manfred Cassens und Prof. Dr. David Matusiewicz gegründet. Es nimmt Aufgaben der Forschung und Entwicklung sowie des Wissenstransfers und der Innovationsförderung im Bereich des Gesundheits- & Sozialmanagements an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis wahr.

Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen:

- Gesundheits- & Sozialmanagement
- Public Health/Gesundheitswissenschaften
- Gesundheitsökonomie
- Gesundheitspolitik
- Digitale Gesundheit
- Routinedaten im Gesundheitswesen
- Evidence based Public Health (EbPH)
- Versorgungsforschung

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de/ifgs



Unter dem Titel »FOM forscht« gewähren Hochschullehrende der FOM Einblick in ihre Projekte. Besuchen Sie den Blog unter fom-blog.de