

Rosenbrock, Rolf

Working Paper

Gesundheitspolitik: Einführung und Überblick

WZB Discussion Paper, No. P 98-203

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1998) : Gesundheitspolitik: Einführung und Überblick, WZB Discussion Paper, No. P 98-203, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:
<http://hdl.handle.net/10419/47430>

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.

Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0948-048X

P98-203

Gesundheitspolitik
Einführung und Überblick

von

Rolf Rosenbrock

Berlin, April 1998

Publications series of the research unit Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Abstract

Nach landläufiger Vorstellung bezeichnet Gesundheitspolitik in erster Linie staatliche Aktivitäten zur Dämpfung des Anstiegs der Kosten der Krankenversorgung. Im Gegensatz dazu wird in diesem Papier ein Verständnis von Gesundheitspolitik als gesellschaftliches Management von Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt entwickelt und auf die verschiedenen damit - implizit und explizit - befaßten Politikfelder angewendet.

Ausgehend von den Ursprüngen staatlicher Sozialpolitik in der Phase der Industrialisierung werden Modellalternativen (Staat, Markt, Sozialversicherung) sowie Entwicklungslinien und Leitbilder vorgestellt.

Zwischen dem Panorama gesundheitlicher Problemlagen und den darauf bezogenen Politiken werden beträchtliche Spannungen diagnostiziert, die zu Defiziten der Bearbeitung dieser Problemlagen führen.

Aus dem Blickwinkel einer bevölkerungsbezogenen Gesundheitssicherung (Public Health) werden diese Defizite an den systematisch aufeinander bezogenen Feldern

- Gesundheitsberichterstattung,
- Primärprävention
- Sekundärprävention sowie
- Krankenversorgung (Tertiärprävention)
- neokorporatistische Steuerung

dargestellt sowie im Hinblick auf fördernde und hemmende Bedingungen ihrer Überwindung diskutiert.

Überlegungen zur Reformierbarkeit der Krankenversorgung sowie zum Verhältnis zwischen Politik und Gesundheit schließen den Text ab.

Das vorliegende Papier ist eine vollständige Neubearbeitung und erhebliche Erweiterung des Aufsatzes „Gesundheitspolitik“ (P92-207) vom gleichen Autor. Eine kürzere Fassung erscheint in: K. Hurrelmann/U. Laaser (Hg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften, zweite völlig überarbeitete Auflage, Weinheim und München: Juventa Verlag 1998.

1 Gegenstandsbereich, Ziele und Akteure der Gesundheitspolitik	1
1.1 Gesundheitspolitik - was ist das?	1
1.2 Gesundheitspolitische Entscheidungsregeln	5
2 Gesundheitspolitik in Deutschland	10
2.1 Entwicklungslinien der Sozial- und Gesundheitspolitik	10
2.1.1 <i>Gesellschaftlicher Hintergrund</i>	10
2.1.2 <i>Sozialpolitische Modelle</i>	10
2.1.3 <i>Sozialideen</i>	12
2.2 Heutiger Stand gesundheitspolitischer Entwicklung	13
2.3 Das gesundheitliche Problempanorama	16
2.4 Das gesundheitspolitische Problempanorama	21
3 Felder, Instrumente und Steuerungsprobleme der Gesundheitspolitik	24
3.1 Gesundheitsberichterstattung	24
3.2 Primärprävention	27
3.2.1 <i>Verhältnisprävention</i>	28
3.2.2 <i>Verhaltensprävention</i>	30
3.2.3 <i>Gesundheitsförderung</i>	33
3.2.4 <i>Felder und Institutionen der Primärprävention</i>	34
3.2.4.1 <i>Arbeitswelt</i>	34
3.2.4.2 <i>Gemeinde</i>	36
3.2.4.3 <i>Umwelt</i>	38
3.2.5 <i>Hinderungsgründe und Perspektiven primärer Prävention</i>	39
3.3 Sekundärprävention	42
3.4 Krankenversorgung (Tertiärprävention)	48
3.4.1 <i>Organisation und Finanzierung des Krankenversorgungssystems</i>	48
3.4.2 <i>Neokorporatistische Steuerung</i>	62
3.4.3 <i>Ausgewählte Steuerungsprobleme</i>	68
3.4.3.1 <i>Versorgungsumfang</i>	68
3.4.3.2 <i>Versorgungspfad</i>	70
3.4.3.3 <i>Über- und Fehlversorgung</i>	72
3.4.3.4 <i>Integration und Qualität</i>	73
3.4.3.5 <i>Konkurrenz und Solidarprinzip</i>	81
3.4.4 <i>Ist das Krankenversorgungssystem reformierbar?</i>	85
4 Gesundheit als Gegenstand von Politik	86
5 Literatur	90
6 Verzeichnis der Abbildungen	103
7 Verzeichnis der Abkürzungen	104

1 Gegenstandsbereich, Ziele und Akteure der Gesundheitspolitik

1.1 Gesundheitspolitik - was ist das?

In diesem Abschnitt soll gezeigt werden, wie unterschiedlich die Vorstellungen davon sind, was Gesundheitspolitik ist und was sie sein soll.

„Gesundheitspolitik ist die Kunst der Regierung, den Zuwachs der Ausgaben für die Krankenversorgung zu bremsen.“ Auf diesen Nenner läßt sich wohl immer noch das durchschnittliche Verständnis dieses Politikfeldes in der Öffentlichkeit und in manchen wissenschaftlichen Disziplinen bringen. Dieses Verständnis ist nicht unbedingt falsch; denn es bringt zum Ausdruck, was auch viele professionelle Gesundheitspolitiker als ihre Aufgabe und als ihren Tätigkeitsbereich verstehen. Fragt man sich dagegen, was in dem Begriff „Gesundheits-Politik“ eigentlich enthalten ist, so wird deutlich, daß diese Definition mindestens drei Verengungen bzw. Verkürzungen enthält, die wissenschaftlich nicht begründbar sind und praktisch die eigentlich wichtigen Gestaltungsfelder einer Gesundheitspolitik, die diesen Namen verdient, ausblenden:

1. Die Krankenversorgung ist nur ein Interventionsfeld der Gesundheitspolitik unter vielen. Im Krankenversorgungssystem (oft auch mißverständlich als Gesundheitswesen bezeichnet) findet die medizinisch-professionell institutionalisierte Behandlung relativ weit hinten liegender Abschnitte der mit Gesundheit und Krankheit zusammenhängenden Problemsequenz statt. Diese Sequenz
 - beginnt bei Faktoren und Phasen der Gesundheitsgefährdung in den verschiedenen Feldern bzw. Sphären der Lebenswelt und des Zusammenlebens: v.a. Arbeit, Konsum, Erholung, Wohnen, Verkehr, Umwelt;
 - läuft weiter über die zahlreichen Vorformen der Krankheitsmanifestation, die vor allem bei der Entstehung chronisch-degenerativer Krankheiten zwar sozial, psychisch und als Befindlichkeitsstörungen, aber meist noch nicht medizinisch als spezifische Befunde oder Symptome wahrnehmbar sind bzw. wahrgenommen werden und
 - beinhaltet auch die vielfältigen Filter- und Sogeffekte einschließlich der Mechanismen von Selbst- und Fremdselektion, die die Auswahl und Behandlung jener Menschen und Gesundheitsprobleme bewirken, die letztendlich in das professionelle Krankenversorgungssystem gelangen.

Durch die Reduktion von Gesundheitspolitik auf Krankenversorgungspolitik bleiben die Bereiche von Prävention und Gesundheitsförderung sowie zentrale Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit weitgehend ausgespart.

2. Gesundheitspolitik ist keineswegs eine bloß staatliche Veranstaltung: Bei der gesundheitsrelevanten Gestaltung von Arbeits- und Lebensverhältnissen, von Anreizen und Normen für gesundheitsrelevantes Verhalten und auch bei der Gestaltung und Steuerung der Krankenversorgung sind gewählte Regierungen und staatliche Institutionen nur eine Akteurgruppe unter vielen anderen, und auf vielen Feldern nicht einmal die wichtigste oder

mächtigste. Alle Akteure vertreten dabei auch ihre besonderen Interessen, die mit der Gesundheit der Bevölkerung nicht unbedingt etwas zu tun haben müssen.

Die Fixierung auf den Staat als Träger der Gesundheitspolitik geht an dem Sachverhalt vorbei, daß Entscheidungen, durch die die gesundheitliche Lage sowie die Krankenversorgung der Bevölkerung, von Bevölkerungsgruppen und Individuen beeinflusst werden, regelmäßig Ergebnisse von Aushandlungs- und Konfliktprozessen sind, in die neben dem Staat auch private Unternehmen, Berufsvertretungen, Verbände, soziale Bewegungen etc. ihre Interessen und Machtpotentiale einbringen.

3. Finanzierung und Bezahlbarkeit von Leistungen für Prävention und Krankenversorgung sind nicht das Ziel, sondern eine Nebenbedingung von Gesundheitspolitik. Es macht einen großen Unterschied, ob zunächst gefragt wird, welche Leistungen gut und wichtig für die Gesundheit (und welche vielleicht eher verzichtbar oder gar schädlich) sind, und dann nach der Finanzierung und den daraus folgenden Möglichkeiten und Grenzen. Oder ob zunächst gefragt wird, wie ein gegebenes Gesundheitssystem finanziert werden kann, und dann nach eventuell notwendigen bzw. wünschbaren Kürzungen bzw. Ausweitungen. Im zweiten Fall - der in der staatlichen Gesundheitspolitik die Regel darstellt - werden in der Regel die historisch gewachsenen Institutionen und Strukturen ohne genauere Prüfung ihrer aktuellen Leistungen für die Gesundheit der Bevölkerung konserviert. Etablierte Interessen und Machtpositionen werden dadurch tendenziell bevorzugt. Bildet die Finanzierung bzw. die damit stets verbundene Steuerung über materielle Anreize den Ausgangspunkt für gesundheitspolitische Konzepte und Strategien, dann werden zudem regelmäßig die anderen, mindestens ebenso wichtigen und wirksamen Steuerungsmöglichkeiten (Institutionenbildung, Normen, immaterielle Anreize) gering gewichtet. Zudem führt eine primär finanzierungsseitige und betriebswirtschaftliche Betrachtung und Steuerung von Gesundheitsleistungen ('Ökonomisierung', Kühn 1990a) regelmäßig zur Vernachlässigung anderer, oft nicht weniger wichtiger Ziele der Intervention (Qualität der Versorgung; gleiche Gesundheitschancen etc.). Darüber hinaus folgt die Verteilung finanzieller Lasten und Vorteile in der Regel dem gesamtgesellschaftlichen Kräfteverhältnis. Privilegierte und mächtige Gruppen werden dann eher geschont als weniger einflußreiche Gruppen. In der Praxis der stark finanzpolitisch verkürzten Politik im Gesundheitssektor der Bundesrepublik bedeutet dies seit ca. Anfang der 80er Jahre eine geringe politische Aufmerksamkeit für die gesellschaftliche Bedingtheit (und Beeinflußbarkeit) gesundheitlicher Probleme unterprivilegierter Gruppen und Sozialschichten, eine starke Zunahme von Direktzahlungen der Versicherten bzw. Patienten in der Krankenversorgung („Selbstbeteiligung“) und eine weitgehende Zurückhaltung bei politischen Eingriffen in gesundheitsgefährdende Arbeits- und Lebensverhältnisse sowie in das Machtgefüge der professionellen Krankenversorgung.

Gesundheitspolitik, die primär unter dem Gesichtswinkel der Finanzierung gesehen oder betrieben wird, tendiert zur Ausblendung finanziell nicht oder nur indirekt meßbarer Zielbereiche, verzichtet in der Regel auf Veränderungen etablierter Institutionen und schont mächtige Interessengruppen.

Das gesamte Spektrum möglicher Gestaltungen von Versorgungsstrukturen und - materiellen wie immateriellen - Anreizen wird erst sichtbar, wenn von der Leitfrage ausgegangen wird: „Was ist gut und was ist schlecht für die Gesundheit?“ Die Frage der Finanzierbarkeit wird bei dieser Herangehensweise nicht vernachlässigt, sie hat vielmehr ihren Stellenwert als notwendige Nebenbedingung bei der Auswahl und Umsetzung der sich auf die Leitfrage ergebenden Antworten.

Es ist deutlich, daß die skizzierten Verengungen und Verkürzungen sowohl der praktischen wie der akademischen Beschäftigung mit Gesundheitspolitik zu Ergebnissen führen, die im Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung unterhalb des historisch erreichbaren Optimums bleiben. Um sie zunächst und zumindest gedanklich zu überwinden (und damit auch einen Maßstab für die Kritik an der tatsächlich stattfindenden Gesundheitspolitik zu gewinnen), bedarf es eines Konzepts von Gesundheitspolitik, das das gesamte Spektrum politisch gestaltbarer Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit, also das gesellschaftliche und bevölkerungsbezogene Management von Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt umfaßt.

Gesundheitspolitik kann als die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen und Auseinandersetzungen im Hinblick auf bevölkerungs- bzw. gruppenbezogene Zielformulierung, Zielvorgaben und Maßnahmen zum Zwecke der Förderung, Erhaltung bzw. (Wieder-)Herstellung von Gesundheit, der Linderung individueller und sozialer Folgen von Krankheit sowie zur Gestaltung und Steuerung der damit befaßten Institutionen und Berufsgruppen definiert werden.

Analytisch und praktisch konstituiert sich der Gegenstandsbereich von Gesundheitspolitik wesentlich durch politisches Handeln bzw. Verhalten mit Wirkung auf die Gesundheit von Gruppen bzw. Bevölkerungen. Das - normative - Ziel von Gesundheitspolitik ist die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung durch die Minderung krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität und des vorzeitigen Todes. Dies schließt die Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten (Prävention) durch Minderung (pathogener) Belastungen und die Förderung (salutogener) Ressourcen ebenso ein wie die Gestaltung und Steuerung der Krankenversorgung und der Rehabilitation (nach: DFG 1995; zum Verständnis von Gesundheit als Balance zwischen Belastungen und Ressourcen vgl. z.B. Hurrelmann/Laaser 1998).

Gesundheitspolitik findet demnach überall dort statt, wo durch die Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen oder Verhaltensanreizen populationsbezogenen Wahrscheinlichkeiten von Erkrankung, Progredienz, Chronifizierung, krankheitsbedingter Einschränkung der Lebensqualität und Tod - positiv oder negativ - beeinflußt werden.

Alle Akteure, die Entscheidungen über die Gestaltung von Arbeits-, Umwelt-, Konsum- und Lebensbedingungen treffen, aber auch Berufsgruppen/Professionen und Institutionen der Krankenversorgung sowie direkt die Bevölkerung oder Teilgruppen davon können sowohl

- Subjekte (Absender) als auch
- Adressaten (Empfänger) solcher Setzungen ein.

Gesundheitspolitik geschieht auf

- nationaler bzw. supranationaler Ebene (Makro-Ebene),
- in regionalen bzw. verbandlich-institutionellen Strukturen (Meso-Ebene) und
- im direkten Wechselspiel zwischen Akteuren und Betroffenen (Mikro-Ebene).

Gegenstandsbereich und Interventionsfelder der Gesundheitspolitik lassen sich grob (und keineswegs trennscharf) auf einem Kontinuum darstellen, das die Zustände menschlicher Gesundheit vom Optimalzustand 'Gesundheit und Wohlbefinden' über verschiedene Stufen der Risikoexposition, Gesundheitseinschränkung und Erkrankung bis hin zum Tod umgreift (Abb.1). Den verschiedenen Zuständen entsprechen dabei unterschiedliche Interventionstypen sowie unterschiedliche politische, administrative und professionelle Zuständigkeiten.

Abb. 1: Interventionsfelder und Interventionstypen der Gesundheitspolitik

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)	
----------------------	---	---	--	--

Erläuterung: Ziel von Gesundheitspolitik ist es, für die gesamte Bevölkerung die jedem „Zustand“ in der Abbildung entsprechende „Intervention“ bereitzustellen und den Zugang dazu tatsächlich zu ermöglichen. Damit soll den sich spontan einstellenden Verschlechterungen der Gesundheitszustandes (in der Abbildung: von links nach rechts) so weit wie möglich entgegengewirkt werden.

Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, medizinische Behandlung, Betreuung und Rehabilitation sind dabei zunächst gleichrangige Felder der Gesundheitspolitik. Soll die bevölkerungsbezogene, gesundheitliche Wirksamkeit (Effizienz) von Gesundheitspolitik maximiert werden, so hängt die Auswahl und Gewichtung der Interventionsfelder und Interventionsinstrumente von der Beantwortung der (je nach Zielbereich, Gesundheitsproblem, Zielgruppe und verfügbarem Wissen unterschiedlich zu beantwortenden) **Leitfrage** ab:

In welchem Verursachungsbereich oder auf welcher Strecke des Kontinuums zwischen Gesundheitsrisiko und schwerer Erkrankung bzw. vorzeitigem Tod ist mit welchem Interventionstyp und möglichst kostengünstig der epidemiologisch abschätzbar größte Gesundheitsgewinn (z.B. in Form von vermiedenem Leid und vorzeitigem Tod) zu erzielen?

1.2 Gesundheitspolitische Entscheidungsregeln

In diesem Abschnitt werden eine Reihe von Definitionen und allgemeinen Regeln zur Gesundheitspolitik zusammengefaßt. Sie dienen als Denkinstrumente zum Verständnis einer Gesundheitspolitik, die gegenwärtige Defizite überwindet.

Bei aller Verschiedenheit der Probleme und Interventionen, die im Bereich einer solchermaßen weit definierten Gesundheitspolitik liegen, der dafür zuständigen Institutionen und Berufsgruppen mit ihre internen, durch Sozialisation und Ausbildung geprägten Motiven und externen, durch Normen und Anreize gebildeten Verhaltensbedingungen bildet sich ein abstrakter Konsens über Ziele und Entscheidungsregeln gesundheitsbezogener Interventionen sowohl bei Individuen als auch im Hinblick auf Populationen heraus:

Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Funktionseinbußen, die über das normale Maß der Alterung hinausgehen, sollen soweit wie praktisch möglich und ethisch zulässig verhütet werden. Im Falle ihres Eintretens sollen sie nicht nur im notwendigen Umfang durch professionelle Intervention physisch und psychisch bekämpft, sondern auch subjektiv individuell im Sinne möglichst hoher Autonomie und Lebensqualität verarbeitet (bewältigt) werden können (Uexküll/Wesiack 1988).

Unter den Gesichtspunkten von Effektivität (Wirksamkeit im Einzelfall unter kontrollierten Bedingungen) und Effizienz (Wirksamkeit unter realen Alltagsbedingungen) gelten für die Gesundheitspolitik bei der Auswahl der Interventionsfelder, der Interventionen, ihrer Instrumentierung und Gewichtung die gleichen Entscheidungsregeln, die auch die kurative Medizin für therapeutische Interventionen am Individuum entwickelt hat:

In der Regel sollen schwere und häufig auftretende Probleme vor leichteren und selteneren bearbeitet werden. Realistischerweise ist das Ziel nicht die Eliminierung von Problemen und Risiken, sondern die Schadensbegrenzung und die Senkung von Wahrscheinlichkeiten.

In die Beurteilung einer Maßnahme oder bei der Entscheidung zwischen Alternativen wird die Gesamtheit der erwünschten und unerwünschten Wirkungen einbezogen; die erwünschten Wirkungen müssen eindeutig überwiegen, und die unerwünschten Wirkungen müssen insgesamt tolerabel sein.

Wie für die Medizin gelten auch für die Gesundheitspolitik darüber hinaus die Grundsätze der Selbstbestimmung des Individuums (z.B. als 'informed consent'), und des Schutzes der Schwachen ('positive Diskriminierung') sowie die Bevorzugung von Selbststeuerung gegenüber Fremdsteuerung (d.h. z.B. möglichst wenig professionelle Intervention).

Die Umsetzung von Entscheidungsregeln erfolgt in der Praxis durch professionelle bzw. berufliche Sozialisation, durch die Steuerung der beteiligten Institutionen und Personen(gruppen) mit Hilfe materieller und immaterieller Anreize. Durch Anreize sollen spontane Eigeninteressen möglichst weitgehend mit den Steuerungszielen zur Deckung gebracht werden.

Auf Dauer wirken (positive und negative, formelle und informelle) Anreize in der Regel stärker auf Problemwahrnehmung und Problembearbeitung durch Individuen, Gruppen und Institutionen als Programme, „Philosophien“ und gute Vorsätze.

Die Gestaltung, Weiterentwicklung und Instrumentierung dieser Steuerung ist Aufgabe der praktischen und Gegenstand der theoretischen Beschäftigung mit Gesundheitspolitik. Steuerungsinstrumente der Gesundheitspolitik sind in demokratisch und gewinnwirtschaftlich verfaßten Gesellschaften neben Geld, Norm (von formellen/gesetzlichen bis hin zu informellen/gewohnheitsmäßigen Geboten und Verboten), Institutionalisierung und Information vor allem Aushandlungen bzw. Wahlen sowie marktlich und marktähnliche Beziehungen (Verteilung nach kaufkräftiger Nachfrage; Konkurrenz). Akteure sind neben dem Staat (auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene) v.a. wirtschaftliche bzw. professionspolitische Interessengruppen, die beiden Sozialparteien 'Kapital' und 'Arbeit', die auf Gesundheitsrisiken und Krankenversorgung einwirkenden Verbänden/Gruppen sowie soziale Bewegungen mit Gesundheitsbezug. Traditionell nationale Kompetenzen der Gesundheitspolitik werden auch zunehmend an supranationale Institutionen, v.a. der Europäischen Union, abgegeben.

Der Erfolg von Gesundheitspolitik läßt sich zumindest grob qualitativ und zum Teil auch quantitativ mit Indikatoren

- gewonnene Lebensjahre,
- vermiedene Einschränkungen,
- Inzidenzen,
- Prävalenzen,
- Lebensqualität,
- Aktivität,
- Partizipation etc.

ausdrücken und messen.

Tatsächlich richtet sich Gesundheitspolitik im Ergebnis der Steuerung nur selten und eher zufällig nach den abstrakt von allen Akteuren akzeptierten Entscheidungsregeln. Vielmehr variieren Ressourceneinsatz und Anstrengungen zur Erreichung von Gesundheitszielen wie auch die Gewichtung von Teilzielen und Interventionsfeldern historisch und international sehr erheblich. Alle Gesellschaften und Staaten nehmen die in ihnen vorkommenden bzw. durch sie produzierten Gesundheitsprobleme nur selektiv wahr und bearbeiten sie auch nur selektiv (Labisch 1987; Levine & Lilienfeld 1987). Positive und negative Einwirkungen von Politiken auf die gesundheitliche Lage der jeweiligen Bevölkerung werden dabei nur zum Teil explizit als Gesundheitspolitik wahrgenommen. Solche Wirkungen sind oft und teilweise in größerem Umfang Konsequenz von Politiken, die weder nach der Selbstdefinition noch in der öffentlichen Wahrnehmung primär der Erreichung von Gesundheitszielen dienen (implizite Gesundheitspolitik). Außen-, wirtschafts-, bildungs- oder verkehrspolitische Maßnahmen werden in der Regel nicht der Gesundheitspolitik zugeschrieben, trotz ihrer unbezweifelbaren gesundheitlichen Wirkungen. In den letzten Jahren wird wissenschaftlich und vereinzelt auch politisch praktisch daran gearbeitet, die gesundheitlichen Folgen auch impliziter Gesundheitspo-

litik bei der Entscheidungsfindung und Gestaltung mit dem Ziel der Gesundheitsverträglichkeit bzw. -förderlichkeit zu berücksichtigen (*'healthy public policy'*, Milio 1981).

Veränderungen in der Wahrnehmung und Thematisierung von Gesundheitsproblemen erklären sich durch den Stand des Wissens über Ätiologie und Prävenier- bzw. Therapierbarkeit von Erkrankungen sowie durch politische und ökonomische Konjunkturen: z.B. werden in Reformphasen ebenso wie in Zeiten guter Wirtschaftslage Gesundheitsrisiken und Versorgungsdefizite stärker und wirkungsmächtiger thematisiert (Nahnsen 1973; Rosewitz/Webber 1990).

Erheblich variieren auch die Zuständigkeitszuschreibungen für die Bearbeitung öffentlich wahrgenommener Gesundheitsprobleme. Historische und internationale Vergleiche zeigen, daß für z.T. identische Aufgaben neben unterschiedlichen Ressorts und Ebenen des Staates vor allem Medizin, Kirchen, Polizei, Militär, private Unternehmen und Gewerkschaften, privat organisierte Wohlfahrtspflege und Mildtätigkeit etc. in Frage kommen. Ebenso variieren die Gründe für gesundheitspolitisches Engagement. Neben humanitären Motiven können Bevölkerungspolitik, Stärkung der Wirtschaftskraft, soziale Kontrolle, Erwerbstreben, Berufsgruppen- und Standespolitik, Wissenserweiterung entscheidende Triebkräfte sein (vgl. Frevert 1984; Rodenstein 1988; Labisch 1992).

Im Ergebnis des Wirkens dieser Vielfalt von Akteuren, Motiven und Instrumenten ergeben sich - in Anlehnung an den *'Public Health Action Cycle'* (vgl. Abb. 2) (National Academy 1988; Rosenbrock 1995) - unterschiedliche Muster des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit. Diese Muster lassen sich darstellen als unterschiedliche Antworten auf die vier (nur analytisch voneinander zu trennenden) Grundfragen der Gesundheitspolitik:

- Problemabschätzung/Prioritätensetzung (*assessment*): Was ist der Problembestand (Gefährdungen und Erkrankungen), der mit Gesundheitspolitik angegangen werden kann und soll? (Gegenstandsbereich, ressortmäßige Zuständigkeiten, Interventionsfelder)
- Auswahl und Formulierung der Strategie (*policy formulation*): Mit welchen Instrumentarien lassen sich diese Probleme bearbeiten? (Interventionsformen, professionelle und disziplinäre Zuständigkeiten)
- Organisation, Umsetzung und Steuerung der Interventionen (*assurance*): Wie kann dieses Instrumentarium entwickelt und angewendet werden? (Steuerungs- und Regulierungsformen, politische Zuständigkeit)
- Bestimmung und Messung der Wirkungen (*evaluation*): Wie können die gesundheitlichen und anderen Wirkungen von Gesundheitspolitik bestimmt werden? (Wirkungsindikatoren, Evaluationsformen)

Abb. 2: Public Health Action Cycle (Lernspirale)

Erläuterung: Der *Public Health Action Cycle* bezeichnet auf abstrakter Ebene Gesundheitspolitik und gesundheitspolitische Maßnahmen als sich beständig weiterentwickelnde Lernspirale mit den Stufen: Problemabschätzung - Strategieformulierung - Umsetzung - Evaluation - Problemabschätzung etc. Tatsächlich folgt wohl weder Gesundheits- noch eine andere Politik je dieser idealen Vorstellung. Der Nutzen der Lernspirale liegt v.a. in der Modellbildung, mit der die Realität verglichen und kritisiert werden kann.

Aus - in der Regel notwendig multidisziplinär zu erarbeitenden - Antworten auf diese Fragen läßt sich in der Regel ein gegenstandsbezogenes rationales Handlungsprogramm mit gesundheitlicher Wirkung (*policy*) entwerfen. In der Realität sind solche Handlungsprogramme aber ebenso regelmäßig Ergebnis von Interessenauseinandersetzungen (*politics*). Die Auseinandersetzungen finden im - nur schwierig und langfristig zu verändernden - Rahmen und nach den Regeln des jeweiligen Handlungsfeldes (*polity*) statt.

Policy bezeichnet den Inhalt einer Politik (Normen, Vorschriften, Anreizsysteme), *politics* den Prozeß, der zur *policy* führt, und *polity* die Rahmenbedingungen, innerhalb derer *politics* stattfinden.

Gesundheitspolitik als Wissenschaft hat in diesem Zusammenhang nicht nur die Aufgabe, am Entwurf von zielführenden, d.h. widerspruchsfreien, qualifikations- und anreizgerechten gesundheitsbezogenen Handlungsprogrammen (*policy*) als eine Disziplin neben anderen (z.B. Medizin, Pflege, Technik, Pädagogik, Psychologie) teilzunehmen. Darüber hinaus besteht ein unverzichtbarer Beitrag der Politikwissenschaft in der Analyse der fördernden und hemmen

den Bedingungen, auf die Versuche eines rationalen und humanen gesellschaftlichen Managements von Gesundheitsrisiken (vor und nach ihrem Eintritt) in der realen Welt stoßen (*politics und polity*).

2 Gesundheitspolitik in Deutschland

2.1 Entwicklungslinien der Sozial- und Gesundheitspolitik

Es folgt ein sehr geraffter real- und ideengeschichtlicher Überblick über die Entstehung und verschiedene Ausprägungen von Gesundheitspolitik in industrialisierten Ländern.

2.1.1 *Gesellschaftlicher Hintergrund*

Die heute in Deutschland wie in allen kapitalistisch industrialisierten Ländern vorfindlichen Antworten auf die in Abschnitt 1.2. genannten Fragen sind als integraler Teil und Querschnittsaspekt der modernen Sozialpolitik gewachsen (Tennstedt 1983; Mommsen & Mock 1982; M. G. Schmidt 1988). Die stürmische Industrialisierung vor allem im 19. Jahrhundert führte zur Etablierung der lohnabhängigen Arbeit als Existenzform für schnell wachsende Teile der Bevölkerung und als zentralem Bezugspunkt der Gesellschaftsentwicklung.

Mit dem Abbau alter ging die Produktion quantitativ und qualitativ neuer Dimensionen von sozialen Notlagen und Gesundheitsrisiken einher, die von den Betroffenen selbst nicht durch Lohnarbeit und informelle Unterstützungssysteme aufgefangen werden konnten (Alter, Armut, Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Qualifikationsdefizite, materielle Familiensicherung). Da zugleich ältere Unterstützungs- und Hilfssysteme wegbrachen (Frevert 1984), wurde der Aufbau einer systematischen staatlichen Sozialpolitik (zunächst v.a. zur Kompensation der materiellen Folgen dieser Risiken) zum Imperativ gesellschaftlicher Bestandssicherung.

In Abhängigkeit von den nationalspezifischen Ausprägungen des vermuteten oder realen Konfliktpotentials der jeweiligen Arbeiterbewegung, der ideologisch-religiösen Orientierung sowie der politischen Einigungs- und Handlungsfähigkeit der gesellschaftlich hegemonialen Kräfte bzw. Klassen sowie der vorindustriell gewachsenen institutionellen und professionellen Bearbeitungsmuster sozialer und gesundheitlicher Probleme bildeten sich zunächst in Europa unterschiedliche Formen der sozialen und gesundheitlichen Sicherungen heraus. Entstehung und Entwicklung der Sozial- und Gesundheitspolitik sind dabei nicht das Ergebnis einheitlicher gesamtgesellschaftlich durchgesetzter Strategien und folgen auch keiner geradlinig-evolutionären Modernisierungslogik (Naschold 1982). Sie sind vielmehr das Resultat zum Teil offen kämpferischer, zum Teil stumm und strukturell geführter Auseinandersetzungen zwischen Koalitionen bzw. Bündnissen verschiedener Klassen und Schichten („Sozialgestalten“) mit dem Ziel der Hegemoniegewinnung und Umsetzung ihrer je unterschiedlichen, zum Teil gegensätzlichen sozial- und gesundheitspolitischen Zielsetzung und Strategien („Sozialideen“, Heimann 1929).

2.1.2 *Sozialpolitische Modelle*

In Europa entwickelten sich auf diese Weise drei Typen von Sozialpolitik, die sich - trotz mancherlei Konvergenzen, Überschneidungen und Sonderentwicklungen - bis heute hinsichtlich der Auswahl sozial- und gesundheitspolitisch thematisierter Probleme (*Selektion der Risi-*

ken), der Einbeziehung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen (*Art und Umfang der Inklusion*) und der Unabhängigkeit der Leistungsgewährung von der Stellung der Empfänger am Arbeitsmarkt (*Dekommodifizierung der Arbeit*) unterscheiden (Esping-Andersen 1985).

Das **wirtschaftsliberale Modell** (gegenwärtig vor allem in den USA, Australien und Neuseeland) ist Ausfluß eines ordnungspolitischen Denkens, nach dem sich die Instrumente, Zugangsbedingungen und Institutionalisierungen der Sozial- und Gesundheitspolitik weitgehend der Logik der Marktwirtschaft zu unterwerfen haben. Systeme kollektiver und solidarischer Sicherung gelten tendenziell als systemfremd, v.a. wenn sie vom Staat organisiert werden. Dementsprechend spielen individuell abzuschließende Versicherungen, freiwillige Mitgliedschaften, Anwartszeiten, eng begrenzte Leistungen und privatwirtschaftliche Leistungserstellung eine große Rolle. Der Staatsintervention werden dagegen enge Grenzen gesetzt. Sie zielt im wesentlichen auf streng subsidiäre Armenfürsorge auf Basis des Bedürftigkeitsprinzips. Das Modell ist sozial selektiv, indem es bedürftige Gruppen der Bevölkerung - mangels Kaufkraft und/oder mangels Bildung - ganz oder teilweise von Leistungen ausschließt bzw. hohe Zugangsbarrieren aufrechterhält. Für die gesundheitsgerechte Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen enthält es Anreize nur im Rahmen erwerbswirtschaftlicher Rationalität. Die Verminderung von sozialer Ungleichheit findet in der Zielkonzeption dieses Modells keinen eigenständigen Platz. Die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod, ausgedrückt z.B. in schichtenspezifisch unterschiedlicher Morbidität und Mortalität, nimmt in Ländern mit diesem Modell empirisch meßbar zu (Navarro 1990; Townsend 1990).

Das **konservative Modell** (vor allen in kontinentaleuropäischen Ländern wie Deutschland, Österreich, Frankreich und Italien) beruht ideologisch auf einer Mischung aus staats- und unternehmensorientiertem Paternalismus und katholischer Soziallehre bzw. protestantischer Leistungsorientierung. In Deutschland, wo dieses Modell am frühesten und vollständigsten eingeführt wurde, zielten Bismarcks Initiativen in erster Linie auf die Errichtung eines aktiven, interventionistischen Staates, der die Unterordnung des Einzelnen und seine Loyalität gegenüber dem Staat und dem „Arbeitgeber“ sichern sollte. In diesem Modell werden Rechte und Leistungen v.a. in Abhängigkeit und zur Konservierung von beruflich bedingten Hierarchien gewährt. Die Leistungserbringung ist gemischtwirtschaftlich organisiert. Öffentlich finanziert und organisiert sind in der Regel die Zuschußbereiche, während die jeweils gewinnträchtigsten Sektoren unter Privatisierungssog stehen. Seinen institutionellen Ausdruck findet dieses Modell am ehesten in Versicherungssystemen unter staatlicher Aufsicht mit überwiegend einkommensabhängigen Beiträgen (in Deutschland: von Kapital und Arbeit gemeinsam verwaltete Krankenversicherungen nach Statusgruppen, Berufsfeldern und zum Teil nach Betrieben; ähnliche Institutionalisierungen in Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Unfallversicherung, Pflegeversicherung). Da die Beiträge nicht nach dem individuellen Risiko sondern nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit (Prozentsatz vom Bruttoeinkommen) kalkuliert sind, entsteht innerhalb jeder Versichertengemeinschaft ein Solidarausgleich. Aus der Stellung in der beruflichen Hierarchie abgeleitete Statusunterschiede spielen bei der Leistungsgewährung (mit der wichtigen Ausnahme der formell nach Bedarf zur Verfügung stehenden Krankenversorgungsleistungen)

eine zentrale Rolle. Auf den Abbau sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod nimmt Sozialpolitik dieses Typus durch formal gleiche Zugangschancen zu Leistungen der Sozialpolitik einschl. der Krankenversorgung sowie - in Reform- und Prosperitätsphasen - durch Ansätze aktiver Lebenslagenpolitik Einfluß.

Das *sozialdemokratische Modell* (vor allem in skandinavischen Ländern) setzt an die Spitze der sozialpolitischen Prioritätenliste die Egalität. Über den undiskriminierten Zugang zu Sozial- und Versorgungsleistungen im Bedarfsfall hinaus zielt das Modell auf Angleichung der Verteilung und die Stabilisierung individueller Lebenschancen und darüber hinaus auf die institutionelle Sicherung eines geregelten Kompromisses zwischen Kapital und Arbeit mit dem Ziel der Vollbeschäftigung. Sozialleistungen wie auch die Krankenversorgung werden weitgehend über den Staat finanziert und vom Staat organisiert. Das Modell nähert sich der Realisierung des Postulats zunehmend gleicher sozialer Chancen durch Abbau von Unterprivilegierungen und besonderen Belastungen. Durch die Betonung der sozialpolitischen Gesamtverantwortung des Staates haben Strategien der gesundheitsgerechten Gestaltung von Lebens- und Arbeitsbedingungen bessere Realisierungschancen und zeigen auch empirisch bessere Ergebnisse. Die Entwicklungschancen dieses Modells sind mit der seit Beginn der 90er Jahre weltweit festzustellenden Bevorzugung marktwirtschaftlicher Lösungen ('neoliberale Wirtschaftspolitik' als Versuch einer Antwort auf die 'Globalisierung') unsicher (vgl. WHO 1997)

2.1.3 Sozialideen

Wahl und Ausgestaltung der die explizite Gesundheitspolitik einschließenden Sozialpolitikmodelle waren Teil der 'sozialen Frage', der 'Arbeiterfrage'.

In Deutschland hatte z.B. der Deutsche Kaiser und König von Preußen etc. Wilhelm I. zur Begründung der Notwendigkeit eines Systems der sozialen Sicherung in seiner Botschaft zur Eröffnung der V. Legislaturperiode des Deutschen Reichstages am 17. 11.1881 „Unsere Überzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichzeitig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde“.

Im Disput über die Ausgestaltung der Gesundheitspolitik (vgl. Abb. 3) bildete dabei das dominante politisch-ökonomische Bündnis aus erstarkenden Unternehmergruppierungen, weiten Teilen des traditionellen Mittelstandes und den politischen Eliten die eine 'Sozialgestalt'. Ihre 'Sozialidee' bestand aus einer Reihe strategischer Kernpunkte: eng und negativ gefaßter Krankheitsbegriff als Problemdefinition, lohnkompensatorischer und kurativer Ansatz der Versorgung, systematische und rechtlich fixierte Trennung zwischen den Verursachungsbereichen von Krankheit in der Arbeits- und Lebenswelt einerseits und dem Versorgungssystem andererseits (z.B. Abkoppelung des betrieblichen Arbeitsschutzes und der Prävention durch Gesundheitsämter von der Krankenversicherung), machtmäßige Kontrolle des Versorgungssystems durch den Staat und durch die Unternehmer bei gleichzeitiger Zerstörung schon bestehender bzw. sich entwickelnder Elemente einer Arbeiterselbstverwaltung, schrittweise Entmachtung der GKV und Fragmentierung ihrer Organisationsstruktur, Förderung des traditio-

nellen und neuen Mittelstandes (insbesondere der Ärzte) als Bündnispartner sowie Zwischenpuffer gegenüber der Arbeiterbewegung.

Abb. 3: Konservative und solidarische Sozialideen in der Gesundheitspolitik - Gegenüberstellung

	Konservativ	Solidarisch
Krankheitsbegriff	eng	weit
Gesundheitsbegriff	negativ	positiv
Aufgabengebiet	Kuration	Kuration und Prävention
Interventionsfeld	Individuum	Lebenslage
„Blickrichtung“	kausal	final
Verursachungsbereiche	abgetrennt	integriert
Kontrolle	Staat/Unternehmen	Selbstverwaltung
Leistungserstellung	privatwirtschaftlich	kommunal/öffentlich
Orientierung	lohnkompensatorisch	lebenslagesichernd

Erläuterung: Bei „kausaler“ (ursachenorientierter) Blickrichtung wird primär nach der Anspruchsgrundlage für Leistungen gefragt, während es der „finalen“ (ergebnisorientierten) Bearbeitung auf die Herstellung einer möglichst unbehinderten und befriedigenden Lebenslage ankommt. Entsprechend bemißt eine lohnkompensatorische Orientierung Leistungen nach der Stellung der EmpfängerIn im Arbeitsprozeß, während das Gegenmodell (lebenslagesichernd) v.a. ein befriedigendes Ergebnis der Intervention bzw. Unterstützung zum Ziel hat.

Demgegenüber bildeten breite und führende Fraktionen der Arbeiterbewegung und mit ihr verbündete Ärzte sowie Intellektuelle die gegenüberstehende 'Sozialgestalt', deren 'Sozialideen' fast durchgängig entgegengesetzte strategische Kernpunkte beinhalteten: weitgefäßer, positiver Gesundheitsbegriff als strategische Grundkonzeption unter Berücksichtigung der gesellschaftlich bedingten Verursachungen von Gesundheitsbeeinträchtigungen und ihrer sozial ungleichen Verteilung, ursachenorientierte Primärprävention als Basis für Bewältigungsstrategien, Integration von Krankenversicherung, kommunaler Prävention und Arbeitsschutz in ein institutionalisiertes System der Gesundheitssicherung; einheitlicher, öffentlicher Gesundheitsdienst bei weitgehender kommunaler bzw. Arbeiterselbstverwaltung, Übernahme der privatwirtschaftlich arbeitenden Gesundheitsberufe bzw. -institutionen (Ärzte, Apotheker etc.) in den öffentlichen (kommunalen) Dienst.

2.2 Heutiger Stand gesundheitspolitischer Entwicklung

Die historische Entwicklung dieser Auseinandersetzung führte in Deutschland zu einer deutlichen Vorherrschaft liberal-konservativer 'Sozialidee' in der Gesundheitspolitik und zum Zurückdrängen alternativer Gestaltungsformen.

Trotz vielerlei Brüchen, Themenverlagerungen, Kompromissen und Wandlungen läßt sich der Grundgehalt der Kontroversen zwischen den drei Sozialpolitikmodellen und den beiden ge-

sundheitspolitischen 'Sozialideen' bis heute in den meisten gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen aufspüren.

Drei im Kern relativ kontinuierliche Entwicklungen waren für die institutionelle Gesundheitspolitik in Deutschland von besonderer Bedeutung:

- die Entwicklung der finanziellen Absicherung des Krankheitsrisikos in ihrer deutschen Spielart der Gesetzlichen Krankenversicherung;
- die Position der Mediziner in Krankenversorgung und Gesundheitspolitik und
- die Entwicklung der Prävention als Handlungsfeld der Gesundheitspolitik.

Im Hinblick auf alle drei zeichnen sich in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre jedoch - mit vielen Widersprüchen und Offenheiten - deutlich Wendepunkte und Umbrüche ab:

Pflicht- und Ersatzkassen

Der Anteil der in Pflicht- und Ersatzkassen Versicherten stieg von 11 % (1885) auf über 90 % der Wohnbevölkerung heute, zeigt allerdings seit einigen Jahren - als Folge einer Gesetzgebung, die die gewinnwirtschaftlichen Versicherungsunternehmen begünstigt - wieder eine leicht abnehmende Tendenz (Kühn 1990b). Quantität und Qualität der medizinischen Krankenversorgung nahmen infolge der sicheren und kontinuierlichen Finanzierung der Versorgung durch die GKV über die gesamte Epoche deutlich zu. Die Selbstverwaltung der GKV hatte, nachdem sie anfänglich von Gewerkschaften und Parteien der Arbeiterbewegung als Oktroy bekämpft und erst langsam als Feld gesellschaftlicher Mitbestimmung 'entdeckt' worden war, bis zur politischen „Säuberung“ und Einführung des „Führerprinzips“ 1933/34 einen - durch die staatliche Aufsicht freilich stark begrenzten - Bezug zu sozialen Bewegungen, v.a. zu den Gewerkschaften und Arbeiterparteien. Die staatlich konzedierte gesundheitspolitische Steuerungs- und Handlungskompetenz der GKV sank in diesem Prozeß beständig (vgl. nächsten Abschnitt). Bei der Neuordnung nach dem 2. Weltkrieg blieb in den Westzonen die ursprünglich von den britischen und sowjetischen Siegermächten favorisierte Lösung einheitlicher regionaler Sozialversicherungsträger ungenutzt. 1951 wurde die von 1883 - 1934 gesetzlich verankerte Arbeitnehmermehrheit durch Vergabe von 50 % der Selbstverwaltungssitze an die Arbeitgeberseite beendet. Die soziale Selbstverwaltung verlor damit weitgehend ihre - von Bismarck gewollte - politische Komponente als formal vorrangiges Einflußfeld für Interessen und Bedürfnisse der Versicherten (Tennstedt 1976; Standfest et al. 1977). In den letzten Jahrzehnten haben sich die Bemühungen verstärkt, Kompetenzbereiche der Kassen als mittelbar staatlicher Gesundheitsadministration zu erweitern (Nachfragemacht und Qualitätskontrolle in der Krankenversorgung; Steuerung der Versorgungsstruktur durch Verträge; vgl. dazu unten 3.4.1 und 3.4.3.5). Die 1989 erfolgte Ausweitung des Tätigkeitsspektrums der Kassen auf Primärprävention und Gesundheitsförderung wurde 1996 wieder weitgehend abgeschafft. Ende des 20. Jahrhunderts scheint die Grundstruktur der GKV durch die Überführung ihrer Institutionen von parafiskalischen Leistungsverwaltungen zu ökonomisch miteinander konkurrierenden Marktsubjekten sowie zahlreiche Einschränkungen des Solidarprinzips (vgl. unten, 3.4.3.5) bedroht.

Niedergelassene Ärzte

Der Gruppe der niedergelassenen Ärzte eröffnete die - zunächst von ihr abgelehnte - Einrichtung der GKV Zugang und Finanzierung für eine sich beständig erweiternde Klientel. Auf dieser Basis konnten die niedergelassenen Ärzte ihre ökonomische und politische Position über den gesamten Prozeß hinweg kontinuierlich stärken (vgl. Hansen et al. 1981). Schritte waren unter anderem der Verlust des Rechts der Kassen auf die individuelle Auswahl von Kassenärzten (Berliner Abkommen 1913), die nicht zuletzt durch Ärztestreiks erzwungene Schließung kassentragender Versorgungseinrichtungen (vor allem Ambulatorien), die öffentlich-rechtliche Institutionalisierung der ärztlichen Verhandlungsmacht gegenüber den Kassen (Kassenärztliche Vereinigungen 1931/1933) und die öffentlich-rechtliche Absicherung der Professionsautonomie (Reichsärztekammer 1936). Das Monopol der Kassenärzte auf ambulante Versorgung wurde 1955 ('Sicherstellungsauftrag'), die ungesteuerte Niederlassungsfreiheit 1961, Zuständigkeiten des Kassenarztes für die Individualprävention 1970 rechtlich gesichert. Der klinisch ausgebildete 'frei niedergelassene Arzt' wurde zum ausbildungs- und politikleitenden Berufsbild der Krankenversorgung, und darüber hinaus für die gesamte Gesundheitssicherung. Für die Pflege bedeutete die Dominanz der Medizin - anders als z.B. in Skandinavien oder den USA - die Fixierung in Status und Ausgabenzuschnitt als ärztlicher Assistenzberuf. In den 90er Jahren erlebten die niedergelassenen Ärzte im Zuge der Kostendämpfungspolitik im Durchschnitt größere Einkommenseinbußen, die zu erheblichen Spannungen zwischen unterschiedlich betroffenen Ärztegruppen und damit zur Möglichkeit von starken und dauerhaften Fraktionierungen in der Standespolitik führen. Zugleich verstärken sich Entwicklungen, angesichts der Inaktivität der ärztlichen Standesorganisationen auf dem Gebiet der professionsinternen Leistungssteuerung v.a. die Möglichkeiten der Krankenkassen zur Steuerung durch Vertragsgestaltung und direkt fallbezogene Kontrollen bzw. Eingriffe zu vergrößern. Die Tendenz zur v.a. betriebswirtschaftlichen Betrachtung und Steuerung ('Ökonomisierung') des Versorgungshandelns schränkt die ärztliche Autonomie ein.

Prophylaxe

Da Prophylaxe nicht im Leistungsspektrum der GKV enthalten war (vgl. oben, 2.1), erlangte mit Beginn des Jahrhunderts, handlungsmächtig in der Weimarer Republik, der staatliche Gesundheitsdienst, meist in Form kommunaler Gesundheitsämter, zentrale Bedeutung. Die politischen Rahmenbedingungen führten allerdings dazu, daß Eingriffe in soziale Verhältnisse von vornherein sehr gering blieben und sich das Leistungsspektrum auf persönliche, meist ärztliche Untersuchungen und Beratungen konzentrierte. Zwischen dem z.B. von Mosse/Tugendreich (1913) und Grotjahn (1912) formulierten Anspruch der Sozialhygiene, gesellschaftliche Verhältnisse gesundheitsgerecht zu gestalten, und der politischen Praxis blieb eine unüberbrückbare Diskrepanz. Die Zusammenlegung polizeilicher und fürsorgerischer Aufgaben unter zentralstaatlicher Regie (Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens 1934), schließlich die Ersetzung der Sozialhygiene durch „Rassenhygiene“ durch den faschistischen Staat sowie die politisch lieblose Behandlung des Öffentlichen Gesundheitswesens in der alten Bundesrepublik erlaubten es nicht, die Gesundheitsämter zu politisch innovativen und handlungsmächtigen Akteuren des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsschutzes auszubauen. Die Position blieb lange Zeit unbesetzt. Erst in jüngster Zeit - und im Verbund mit

Diskussionen zur Akademisierung und Etablierung von Public Health - verstärken sich wieder programmatische Bemühungen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu einer Renaissance zu verhelfen (Schmacke 1995). Ob dabei an das Leitbild des 'Kommunalarztes' aus der Zeit der Weimarer Republik angeknüpft wird und welche neuen Gesundheitsberufe (Pflege, Sozialarbeit, Public Health; vgl. Rosenbrock 1998a) sich dabei etablieren und in welchen Interventionsbereichen bzw. Institutionen sie tätig werden können, sind derzeit offene Fragen.

2.3 Das gesundheitliche Problempanorama

Plausiblerweise dürfte Gesundheitspolitik als gesellschaftliches Management von Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt desto erfolgreicher sein, je mehr sie Inzidenzen, Prävalenzen, Verteilung und Dynamik dieser Gefährdungen und Probleme zur Kenntnis nimmt. Das gilt - mit unterschiedlichen Implikationen für den Umfang und die Aufbereitung der Daten - für alle infrage kommenden Managementebenen (Betrieb, Gemeinde, Versorgungsregion, Land, Bund; vgl. unten: 3.1: Gesundheitsberichterstattung). Auswirkungen von und Interventionsbedarf in Bezug auf die folgenden vier Großtrends finden sich auf allen diesen Ebenen:

Morbidität - Mortalität

Bei im Durchschnitt langsam steigende Lebenserwartung entfallen derzeit mehr als drei Viertel der als vorzeitig definierten Sterbefälle in industrialisierten Ländern auf vier Todesursachen: Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane und Unfälle im mittleren und jüngeren Alter. Unter den nicht zum Tode führenden Krankheiten vergrößern chronische Krankheiten wie degenerative Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychisch manifestierte Leiden einschließlich der Suchtkrankheiten kontinuierlich ihren Anteil.

Nach wie vor erreicht nur die Minderheit der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten halbwegs gesund das Rentenalter, die Mehrzahl wird - überwiegend wegen der genannten chronischen Erkrankungen - vorzeitig berentet bzw. verstirbt vor Erreichen des Rentenalters. Circa 10 % der Bevölkerung sind chronisch krank, leben also mit bedingter Gesundheit, weitere ca. 5 % sind zu jedem Zeitpunkt akut krank oder unfallverletzt.

Bei aller Verschiedenheit hinsichtlich Verursachung, Verlauf und Endpunkt haben diese Krankheiten in epidemiologischer und damit für Gesundheitspolitik und ihre Steuerung maßgeblicher Perspektive gemeinsam, daß ein primär kurativ und individualmedizinisch orientiertes Versorgungssystem sie erst relativ spät und generell nicht besonders wirksam beeinflussen kann - trotz beachtlicher Erfolge in manchen Teilbereichen. Wichtige Anteile der Verursachung dieser Krankheiten liegen nach international übereinstimmender Auffassung in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen, die nicht individuell, sondern nur politisch gestaltet werden können. Schätzungen der US-amerikanischen *Centers for Disease Control and Prevention* beziffern den Einfluß der sozialen Umwelt und der Lebensweisen auf die Sterb-

lichkeit vor dem 75. Lebensjahr auf etwa drei Viertel, den Einfluß der Medizin auf etwa ein Zehntel.

Die große Produktivitätsreserve zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung wird deshalb darin gesehen, gesundheitspolitische Schwerpunkte auf Prävention und verbesserte Versorgung für chronisch Kranke, beides unter Betonung der Gesundheitsförderung zu setzen (Rosenbrock/Kühn/Köhler 1994).

Chronische Krankheiten und demographischer Wandel Die Anzahl chronisch Kranker und damit gesundheitlich und oft auch sozial unterstützungsbedürftiger Menschen ist also hoch, nimmt derzeit noch weiter zu und reicht auch in immer jüngere Altersgruppen hinein. Zugleich nimmt am oberen Ende der Bevölkerungspyramide im Zuge demographischer Veränderungen (steigende Lebenserwartung und sinkende Geburtenrate) der Anteil betagter Menschen an der Gesamtbevölkerung deutlich zu.

Der Anteil der über 60jährigen in Deutschland wird von 1995 ca. 21 Prozent auf ca. 28 % im Jahre 2010 und auf ca. 34 % im Jahre 2030 steigen (eurostat 1998). Überproportional steigt dabei der Anteil der Hochbetagten. Untersuchungen unter anderem aus den USA zeigen (vgl. Kühn 1993), daß die Qualität der gewonnenen Lebensjahre in erster Linie von der Zugehörigkeit zu einer mehr oder weniger hohen Sozialschicht abhängt (vgl. Abb. 3). Zahlreiche Einzelprojekte deuten auch auf relevante Wirksamkeit von Strategien der Gesundheitsförderung und Prävention. Erst seit kurzem werden solche Strategien (Projekte, policies) auch unter dem systematischen Aspekt betrachtet, inwieweit sie die sozial verursachte Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen verringern bzw. kompensieren können (Whitehead 1991; Gekens/Gunning-Schepers 1996).

Abb. 4: Behinderungen nach sozialer Schicht (USA 1990)

Erläuterung: In der Abbildung ist die Bevölkerung in vier soziale Schichten (SES: *socioeconomic status*) aufgeteilt. Angehörige der Unterschichten ('*lower*') haben z.B. im Alter von 55 - 64 Jahren im Durchschnitt etwas mehr als zwei chronische Behinderungen, die die alltägliche Lebensführung beeinträchtigen, während Angehörige der Oberschicht ('*upper*') in diesem Alter mit durchschnittlich ungefähr einer solchen Behinderung leben (vertikale Betrachtung). Angehörige der Unterschicht leben bereits im Alter von ungefähr 45 Jahren durchschnittlich mit ebenso starker gesundheitlicher Einschränkung (ca. 1,5 Behinderungen) wie Angehörige der Oberschicht im Durchschnitt erst ab dem 75. Lebensjahr (horizontale Betrachtung).

Sozial bedingt ungleiche Gesundheitschancen

Sowohl das Risiko, zu erkranken oder zu sterben, als auch die Möglichkeiten, Gesundheitsbelastungen durch individuelles Verhalten zu begegnen, sind auch in reichen Ländern nach wie vor sozial ungleich verteilt.

Die Zugehörigkeit zu sozialen Schichten, z.B. ausgedrückt durch Bildung, Einkommen und Stellung im Beruf, begrenzt bzw. eröffnet nach wie vor in häufig entscheidendem Umfang die Chancen für ein längeres Leben mit wenig gesundheitlichen Einschränkungen. Das an diesen drei Indikatoren gemessen unterste Fünftel der Bevölkerung in Deutschland trägt in jedem Lebensalter im Durchschnitt ein doppelt so hohes Erkrankungs- und Sterberisiko wie das oberste Fünftel (Mielck 1994).

Abb 5: Sozialschicht und Sterblichkeit bei männlichen Angestellten (BRD 1986)

Erläuterung: Das Einkommen (hier: Jahreseinkommen) als grober Indikator für die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht steht in engem Zusammenhang sowohl mit Krankheit als auch mit vorzeitigem

Tod. Die Abbildung zeigt, daß das Risiko für männliche sozialversicherungspflichtige Angestellte, zwischen dem 30. und dem 59. Lebensjahr (und damit nach allgemein anerkannter Definition: vorzeitig) zu sterben, mit abnehmendem Einkommen nahezu linear ansteigt: Von 100.000 Angestellten mit einem Jahreseinkommen von mehr als 64.000 DM sterben 190. Beträgt das Einkommen ungefähr die Hälfte (27 - 34.000 DM), liegt die Sterblichkeit etwas mehr als doppelt so hoch (412 von 100.000).

Im Hinblick auf die genaue Vermittlung der Zusammenhänge zwischen sozialer Lage und Gesundheit sowie Lebenserwartung bestehen trotz beträchtlicher Erkenntnisfortschritte noch erhebliche Wissenslücken (vgl. Townsend/Davidson 1982; Syme 1991, 1992; Evans et al. 1994; Wilkinson 1996; Elkeles/Mielck 1997). Konsens besteht dabei allerdings über die grundsätzlichen Faktoren und Richtungen der Zusammenhänge, wie sie in Abb. 6 wiedergegeben sind.

Abb. 6: Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit

Erläuterung: In diesem stark vereinfachten Modell wird deutlich, daß Gesundheit und Lebenserwartung im Durchschnitt primär durch die Lebenslage beeinflusst wird, die sowohl unterschiedliche Gesundheitsbelastungen als auch unterschiedliche Gesundheitsressourcen mit sich bringt. Der Einfluß

der gesundheitlichen Versorgung (Prävention und Krankenversorgung) ist demgegenüber sekundär. Deutlich wird auch, daß gesundheitsrelevantes Verhalten (Lebensstile) nicht isoliert gesehen (und nur wenig) beeinflußt werden kann, sondern primär im Wechselspiel mit den gesundheitlichen Beanspruchungen.

Neuere Untersuchungen belegen, daß im Zuge der Durchsetzung neoliberaler Wirtschafts- und Sozialpolitik die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod in industrialisierten Ländern weiter zunimmt (Townsend 1990; Navarro 1990).

Mit einer Verschärfung dieser Entwicklung ist zu rechnen: Die politischen und wirtschaftlichen Umbrüche in Deutschland und Europa haben zu einer erheblichen Zunahme von Wanderungs- und Fluchtbewegungen sowie von Problemgruppen der Sozialpolitik (alte und neue Armut) geführt. Die Arbeitslosigkeit hat mit derzeit über vier Millionen offiziell registrierten Beschäftigungssuchenden (und das heißt ca. sieben Millionen fehlenden Arbeitsplätzen) ihren Höhepunkt noch nicht erreicht. Arbeitslosigkeit, Armut und Migration sind nach international übereinstimmender Auffassung epidemiologisch bedeutsame Gesundheitsrisiken, mit ihrer zum Teil dramatischen Zunahme ist zu rechnen.

Individualisierung, soziale Netzwerke

Traditionelle Unterstützungs- und Hilfssysteme, allen voran die Familie, werden von der Logik unseres Wirtschafts- und damit Gesellschaftssystems nicht nur nicht unterstützt, sondern immer weiter unterminiert.

In den Metropolen beträgt der Anteil der Single-Haushalte vielfach schon 40 Prozent. Zwar bilden sich auch neue Netze, Gemeinschaften, Normen und Verbindlichkeiten heraus, aber sie sind nur unter speziellen Bedingungen in der Lage, die Unterstützung und Versorgung diesbezüglich bedürftiger Menschen auf hinreichend hohem Niveau und vor allem hinreichend langfristig zu gewährleisten. Die Einführung der Pflegeversicherung war ein erster sozialrechtlicher Versuch einer Antwort auf dieses - vom säkularen Trend der Individualisierung aufgeworfene - Problem.

Diese skizzenhafte Problemabschätzung (*assessment*) (vgl. oben 1.2., Abb. 2) auf der Makro-Ebene läßt sich in vier Leitlinien (als erster Schritt zur *policy formulation*) zusammenfassen:

- Epidemiologische, demographische und soziologische Befunde belegen einen nahezu unbegrenzten und weiterhin wachsenden Bedarf nach Interventionen zur Senkung gesundheitsrelevanter Belastungen und zur Mehrung gesundheitsrelevanter Ressourcen, sowohl zur Prävention als auch zur Bewältigung der überwiegend chronisch-degenerativen Erkrankungen.
- Von besonderer Dringlichkeit ist dieser Bedarf bei den weniger privilegierten Schichten und Gruppen der Bevölkerung, um das humanistische Ziel der Gesundheitspolitik, das heißt die Annäherung an die Gleichheit der Gesundheits- und Lebenschancen, nicht in immer weitere Ferne rücken zu lassen.

- Sowohl für präventive als auch für gesundheitsförderliche und pflegerische Interventionen gilt der gesundheitswissenschaftlich gut begründete Grundsatz, daß die Orientierung auf Fürsorge und Betreuung wo immer möglich von Strategien der zielgruppen- und lebensweltspezifischen Aktivierung sowohl der Betroffenen als auch ihres sozialen Umfeldes abgelöst werden muß. Es geht nicht mehr „nur“ um professionell gute medizinische Behandlung, sondern zusammen damit um Befähigung (*enabling*) und die Entwicklung von Bewältigungsmöglichkeiten (*empowerment*). Die Förderung von Autonomie gewinnt Vorrang vor professioneller Kompensation von Autonomie-Defiziten.
- Gesundheitswissenschaftlich ist ebenso belegt, daß Interventionen zur Stärkung von Ressourcen - z.B. Selbstbewußtsein, Zusammenhalt, reflektiertes Risikomanagement, sozial verantwortliche Autonomie bzw. dem Streben danach - nicht erst nach dem Auftreten von Symptomen oder chronischer Erkrankung einsetzen, sondern als Bestandteil der familialen, schulischen und beruflichen Sozialisation gefördert werden können und sollten. Das bedeutet auch den Abschied von der Vorstellung, daß professionelle gesundheitsbezogene Arbeit nur in Phasen akuter Hilfsbedürftigkeit vonnöten ist. Sie muß - verglichen mit dem derzeitigen Zustand - früher einsetzen und kontinuierlich begleiten, ohne zu bevormunden.

2.4 Das gesundheitspolitische Problempanorama

In diesem Abschnitt wird untersucht, ob die Prioritäten und Instrumente der Gesundheitspolitik geeignet und in der Lage sind, den im vorigen Abschnitt genannten Problemen und Tendenzen wirksam zu begegnen. Zugleich enthält dieser Abschnitt einen Überblick über die Abschnitte des dritten Kapitels.

Es erscheint evident, daß die derzeitige gesundheitspolitische Praxis völlig andere Schwerpunkte aufweist (z.B. Finanzierung, Zukunft des Solidarsystem). Die genannten Probleme werden von ihr nur sehr selektiv und zögernd und meist mit unzureichenden Mitteln angegangen (z.B. Prävention und Gesundheitsförderung), viele der Probleme werden bislang politisch noch gar nicht bearbeitet (z.B. schichtenspezifische Ungleichheit von Gesundheitschancen), andere werden durch (z.B. Industrie-, Struktur- und Arbeitsmarkt-)Politik verschärft. Ausmaß, Entwicklung und einige Ursachen dieser Diskrepanzen sowie Ansätze zu ihrer Überwindung werden in den folgenden Abschnitten zu fünf zentralen, logisch aufeinander aufbauenden Bereichen des gesundheitspolitischen Panoramas dargestellt. Dieses Panorama kann - grob gesehen - als Ergebnis der skizzierten gesundheitspolitischen Entwicklung in Deutschland gesehen werden (vgl. oben 2.1):

- Gesundheitspolitik agiert weder zentral noch dezentral auf Basis hinreichend handlungsleitender Informationen über die Verteilung von Gesundheitsrisiken (Belastungen und Ressourcen), Erkrankungen, Todesfällen, präventiven und kurativen Leistungen sowie ihre gesundheitlichen Wirkungen. Die in den letzten Jahren verstärkten Bemühungen haben bislang keine systematische Gesundheitsberichterstattung und keinen Konsens über Gesundheitsziele hervorgebracht (vgl. unten 3.1).

- Auf dem Gebiet der Primärprävention geschieht insgesamt zu wenig, es dominieren wenig effektive Versuche der Verhaltensbeeinflussung. Das Konzept risiko-unspezifischer Gesundheitsförderung befindet sich im Experimentalstadium. Die sozial bedingte Ungleichheit vor Krankheit und Tod persistiert. Sie ist nicht allein durch ökonomisch undiskriminierten Zugang zu Leistungen der Krankenversorgung, sondern in erster Linie durch Primärprävention zu verringern (vgl. unten 3.2).
- In bevölkerungsweiten Programmen der Früherkennung zur Vorverlegung des Behandlungszeitpunkts (Screening, Sekundärprävention) nimmt die Bundesrepublik weltweit einen Spitzenplatz ein. Ein bedeutender gesundheitlicher Nutzen dieser Sonderentwicklung ist weder epidemiologisch plausibel noch durch Evaluationen nachgewiesen (vgl. unten 3.3).
- Das Krankenversorgungssystem funktioniert arztzentriert. Gemessen an konventionellen Maßstäben ist die medizinische Versorgung im internationalen Vergleich gut, allerdings zu schwach mit pflegerischen und sozialarbeiterischen Leistungen verknüpft. Strukturelle und materielle Anreizsysteme wirken als steter Antrieb zur Vermehrung medizinischer und technischer Leistungen. Die am Paradigma der Akutversorgung orientierte Versorgung wird dem veränderten Krankheitsspektrum (mehrheitlich chronisch kranke Patienten, zunehmend ältere Patienten) immer weniger gerecht und tendiert zur Medikalisierung medizinisch-kurativ nicht sinnvoller sozialer Probleme. Etablierte Interessen festigen die institutionelle Desintegration und behindern die Entwicklung von Selbsthilfepotentialen, psychosozialer Betreuung und Pflege. Unter dem vermehrten Druck gewinnbetriebswirtschaftlicher Kalküle in der Versorgung gerät auch die professionelle Autonomie der Gesundheitsberufe unter Druck, häufig zulasten der Versorgungsqualität (vgl. unten 3.4).
- Das Zentrum der Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung liegt im - primär durch Gesetze, im einzelnen auch durch die Selbstverwaltung regulierten - GKV-System, obwohl die GKV nur rund die Hälfte der Kosten für die Krankenversorgung finanziert. Nach einem vor allem durch Medizintechnik und Modernisierung bewirkten Wachstumsschub bis Mitte der siebziger Jahre liegen Niveau und Dynamik der Kostenentwicklung im internationalen Vergleich im Mittelfeld. Dieser relative Erfolg verdankt sich einem wechselhaften Steuerungsmix aus Leistungskürzungen, Selbstbeteiligungen, öffentlichem moralischen Druck auf Versicherte und Leistungsanbieter, Honorar- und Verteilungspolitik etc. Die Steuerungsmöglichkeiten der Kassen für laufende Kosten und Innovationen sind durch Gesetz und Rechtsprechung eng begrenzt. Strukturelle Steuerungseingriffe liegen trotz gegenteiliger Programmklärungen durch die Regierung bislang durchweg außerhalb ihrer Möglichkeiten. Die in den 90er Jahren gesetzlich induzierte Wettbewerbsorientierung und Desolidarisierung der Kassen gefährdet die Kernsubstanz des GKV-Systems und verstärkt insbesondere Tendenzen ungleicher Zugangschancen und ungleicher Behandlungsqualität zulasten von Versicherten bzw. Patienten aus den bedürftigsten Bevölkerungsgruppen (Arme, Alte, Multimorbide, mehrheitlich Frauen) (vgl. unten 3.4).

Das gesundheits- und sozialpolitische Umfeld wird seit etwa Mitte der siebziger Jahre von Leistungsabbau, Desolidarisierung und -komplementär - dem Vordringen von Wettbewerbs- und Marktideologien bestimmt. Bis auf Kriseninterventionen (z.B. Aids) sind innovative und den gesundheitlichen Problemlagen angemessenen Initiativen selten. Die staatliche Vereinigung Deutschlands ab 1990 wurde im Bereich der Gesundheitsversorgung im wesentlichen als Ausdehnung und Übertragung der in den alten Bundesländern gewachsenen Strukturen vollzogen. In der DDR gewachsene Institutionen, Honorierungs- und Versorgungsformen (Ambulatorien, Polikliniken, Dispensare, betriebszentriertes Gesundheitswesen) gingen ohne nähere Prüfung ihrer potentiellen Leistungsfähigkeit mit wenigen - vorläufig zeitlich befristeten - Ausnahmen unter.

3 Felder, Instrumente und Steuerungsprobleme der Gesundheitspolitik

3.1 Gesundheitsberichterstattung

Gegenüber anderen entwickelten Industrieländern (vor allem Großbritannien, USA und skandinavischen Länder) befindet sich die Bundesrepublik auf diesem Gebiet zum Teil um Jahrzehnte im Rückstand. Dieses Defizit hat einen wesentlichen Grund darin, daß Sozialmedizin und Epidemiologie - seit dem 19. Jahrhundert unter führender Beteiligung deutscher Wissenschaftler entwickelt - als Mutterdisziplinen einer die Gesundheitspolitik zielführenden Gesundheitsberichterstattung in Deutschland ganz überwiegend der ideologischen und rassistischen Verfolgung durch den Faschismus zum Opfer gefallen. Ein geringerer Teil der Wissenschaftler ließ sich für die Ausgrenzungs- und Vernichtungspolitik der Nazis in Dienst nehmen (Hansen et al. 1981; Schmuhl 1992). Nach dem 2. Weltkrieg waren bevölkerungsbezogene Ansätze der Gesundheitssicherung dadurch insgesamt stark diskreditiert. Die wissenschaftliche Beratung in der Gesundheitspolitik, wo sie denn überhaupt erfolgte, kam in der alten Bundesrepublik für Jahrzehnte von der die entstandene Lücke ausfüllenden klinischen Medizin. Die Berufsgruppe der Ärzte spielte darüber hinaus im bündnispolitischen Kalkül der konservativen Regierungen dieses Zeitabschnitts eine prominente Rolle. Unter anderem dadurch konnte sich bei Publikum und Politikern die Fehlsicht verdichten, Gesundheitspolitik erschöpfe sich in der Steuerung und Finanzierung der Summe der je individuellen Krankheitsbehandlungsfälle.

Die seit den 80er Jahren wieder in Gang gekommene und zunehmend verbindlicher geführte Diskussion über die Etablierung von Gesundheitsberichterstattung (Berichterstattung auf Bundesebene koordiniert durch das Statistische Bundesamt, vgl. Statistisches Bundesamt 1994; Arbeitsgruppe 1990; Borgers 1991) ist insofern ein Stück nachholender Modernisierung gegenüber anderen industrialisierten Ländern. Sie verdankt sich der verzögerten Durchsetzung der Einsicht, daß wissenschaftlich fundierte Berichterstattung eine notwendige (wenngleich nicht hinreichende) Bedingungen zielführender Gesundheitspolitik ist. In den 90er Jahren erlebte die Produktion von Gesundheitsberichten auf Landes-, Kommunal-, Stadtteil- und Betriebsebene einen beträchtlichen Aufschwung. Dabei zeichnet sich ein Trend weg von den Datenfriedhöfen zu stärkerer Praxisorientierung ab.

Gesundheitsrelevante Informationen:

Zur öffentlichen und demokratisch legitimierten Ziel- und Prioritätensetzung, zur Steuerung der Interventionen bzw. Interventionsakteure sowie zur Prozeß- und Ergebniskontrolle braucht öffentliche Gesundheitspolitik zum Teil über die bislang diskutierten Erhebungen hinaus auf pragmatischem Niveau und auf den jeweiligen Anwender zugeschnitten *vier Typen von Informationen:*

Risikoberichterstattung

Primär- und Sekundärprävention benötigen *Daten über Entstehung und Verteilung sowohl von (pathogenen) Gesundheitsbelastungen als auch von (salutogenen) Gesundheitsressourcen*, nicht nur nach territorialen und administrativen Zuständigkeiten, sondern auch nach Lebensbereichen, Bevölkerungsgruppen und Zielkrankheiten.

Die Aufnahme von 'Gesundheitsbelastungen' in die Berichterstattung kann angesichts der multifaktoriellen und im einzelnen vielfach noch ungeklärten Ätiologie und Pathogenese der das Krankheitspanorama dominierenden Volkskrankheiten oft nicht vom Nachweis einer strengen Ursache-Wirkungsbeziehung abhängig gemacht werden, sondern sollte - unter Nennung der jeweiligen Unsicherheiten und Wissenslücken - auch bei geringerem Gewißheitsniveau (z. B. deskriptive Epidemiologie ohne spezifische Ätiologiehypothese; Ergebnisse der Belastungsforschung) bis hin zur Plausibilität erfolgen (Hurrelmann/Laaser 1998). Ansätze betrieblicher Berichterstattung durch Betriebs- und Ortskrankenkassen, in denen Informationen über Arbeitsbelastungen mit GKV-Routinedaten (Krankheitsartenstatistik) und den Ergebnissen von Beschäftigtenbefragungen und Arbeitsplatzbeobachtungen (Belastungs-Ressourcen-Profile) zusammengeführt werden, weisen in diese Richtung (Georg et al.1991; Schroer/Sochert 1994). Unter dem übergreifenden Gesichtspunkt der Aktivierung (siehe unten zur Gesundheitsförderung, 3.2) ist der Effekt öffentlicher Auseinandersetzung über Existenz, Größe, Verhütbarkeit, Opfer und Kosten von Gesundheitsgefahren erwünscht. Hierbei könnten die positiven wie negativen Erfahrungen aus der Kommunikation über die Risiken v.a. neuer Technologien genutzt werden (Slovic 1987; National Academy 1989; Wiedemann/Schütz 1994).

Die Einbeziehung von in ihrem Wirkmechanismus nicht vollständig geklärten Gesundheitsgefahren rechtfertigt sich nicht zuletzt durch die historische Erfahrung, daß wirksame und bis heute fruchtbare Präventionsprojekte zwar auf Basis unzureichender bzw. falscher Vorstellungen über Ätiologie und Pathogenese, aber gestützt auf hohe Plausibilität in Gang gesetzt wurden (Rudolf Virchow: Typhus 1848 in Oberschlesien; John Snow: Cholera 1854 in London; Max von Pettenkofer: Cholera 1955 in München; vgl. Deppe 1978; Labisch 1990, 1992).

Die Aufnahme von wissenschaftlich (noch) nicht vollständig geklärten Gefährdungen in die Berichterstattung entspricht im übrigen auch dem z. B. in der Technologie- und Umweltpolitik zumindest programmatisch längst vollzogenen Wandel von der individuellen Gefahrenabwehr zur kollektiven (bevölkerungsbezogenen) Gefahrenvermeidung, was u.a. zur Aufnahme gezielter Aktivitäten spätestens ab der Schwelle „begründeter Verdacht“ (und nicht erst ab „Nachweis des Risikos“) führt. Seit 1997 sind als Entwicklungsschritt in dieser Richtung z.B. alle Unternehmen zur Erstellung und Dokumentation „betrieblicher Gefährdungsanalysen“ verpflichtet (vgl. unten „Arbeitsschutzgesetz“, 3.2.4.1).

Mit Informationen z.B. über die Verteilungen von Einkommen, Arbeitszeitregimes, Arbeitsbelastungen, Arbeitslosigkeit und ihre absehbaren gesundheitlichen Folgen kann risikobezogene Gesundheitsberichterstattung zur Präzisierung von Entscheidungsparametern in ebenfalls

nicht primär gesundheitspolitisch ausgehandelten Politikfeldern (hier: Arbeits- und Tarifpolitik; 'implizite Gesundheitspolitik') beitragen. Gesundheitsrelevante Indikatoren der sozialen Schichtung, zumindest nach den Variablen Einkommen, Bildung und Beruf, bilden angesichts der Persistenz schichtenspezifischer Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede (Mielck 1994) ein ebenso zentrales Element der Risikoberichterstattung wie Mitteilungen über gesundheitlich gefährliches Verhalten (Ernährung, legale und illegale Drogen, körperliches Training, Autoverkehr).

Krankheitsberichterstattung

Eine solide *geschlechts-, regions-, arbeits- und schichtenspezifische Gesundheits-, Krankheits- und Sterbestatistik* ist sowohl ein Instrument zur Beobachtung des Eintretens von Gefahren und Teil der Ergebnisermittlung präventiver Strategien (also ein Referenzinstrument zur Risikoberichterstattung) als auch Voraussetzung der Planung, Steuerung und Evaluation von Versorgungseinrichtungen. Erweiterungen vorhandener Konzepte zielen vor allem - wegen ihres hohen prädiktiven Wertes v.a. für die Entwicklung chronisch-degenerativer Erkrankungen - auf die stärkere Einbeziehung subjektiver Befindlichkeitsstörungen unterhalb von versicherungsrechtlichem oder medizinischem Krankheitswert. Eine solche „verlängerte“ Krankheitsberichterstattung kann auch wertvolle Hinweise zur Risikoberichterstattung (s.o.) leisten.

Versorgungsberichterstattung

Die Berichterstattung über *Ausstattung und Leistungen der gesundheitsbezogenen Institutionen*: Krankenversorgungssystem einschließlich Pflege und Rehabilitation nach Funktionen, Institutionen, Berufsgruppen und Finanzierung, Gesundheitsämter, Sozialstationen, Arbeitsschutz, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsinitiativen etc. leidet bislang nicht nur an gleichzeitiger Unvollständigkeit (v.a. im Hinblick auf nicht-medizinische und nicht-professionelle Leistungen in Prävention und Krankenversorgung) und Überdifferenzierung (v.a. im Hinblick auf gesetzlich meldepflichtige Tatbestände), sondern auch an Defiziten in der Ermittlung von Indikatoren der Leistungsqualität und der gesundheitlichen Wirkungen der Versorgung.

Politikberichterstattung

Die Berichterstattung über *Gründe, Verlauf und Ergebnis erfolgreicher und erfolgloser Initiativen privater und staatlicher Akteure zur Verbesserung von Prävention und/oder Krankenversorgung* stellt angesichts erheblicher Probleme wissenschaftlicher Wirksamkeitsevaluation solcher Projekte ein wichtiges Instrument zur kollektiven Erfahrungsbildung dar. Elemente dazu enthalten auf Bundesebene einzelne Gutachten des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (vgl. von den jährlichen Gutachten des SVR KAiG z.B. die Bände 1989, 1992, 1994). Generell sind Kriterien, Methoden und Verwendung von Politikberichterstattung erst noch zu entwickeln.

Gesundheitsberichterstattung insgesamt ist auch ein geeignetes Instrument zur transparenten und diskursiven Entwicklung von nationalen und kleinteiligeren Gesundheitszielen. Die Ver-

knüpfung einer solchen Berichterstattung mit den vom europäischen Büro der Weltgesundheitsorganisation entwickelten Einzelzielen für das Programm „Gesundheit 2000“ (WHO 1986) würde die bislang nur partiell und nur für Kostengrößen bestehenden Möglichkeiten des internationalen Vergleichs auf gesundheitspolitische Ziele erweitern.

Auf der für Gesundheits- und Versorgungsplanung primär wichtigen lokalen und regionalen Ebene liegt es nahe, die öffentliche Gesundheitsverwaltung (Gesundheitsamt) und die dezentrale Repräsentanz der Sozialversicherungsträger (v.a. der örtlichen Krankenkassen) z.B. im Namen einer regionalen Gesundheitskonferenz damit zu beauftragen, im Dialog mit den gesundheitspolitischen Akteuren der Region (medizinische Leistungserbringer, Schulen, Vereine, Betriebe, BürgerInnenzusammenschlüsse) Themen, Ziele und Prioritäten der kommunalen bzw. regionalen Gesundheitspolitik auszuhandeln.

Im Bezugssystem des *Public Health Action Cycle* (vgl. oben 2.1, Abb. 2) soll Gesundheitsberichterstattung die notwendigen Informationen zu Bestimmung des Bestandes, der Verteilung und Dynamik von Gesundheitsgefährdungen und -problemen sowie der menschlichen, technischen, infrastrukturellen und finanziellen Ressourcen zu ihrer Bearbeitung bereitstellen. Die Erfüllung dieser *policy*-Aufgabe wird häufig durch einige typische Faktoren aus der Sphäre der politics behindert: Zum einen beeinflussen oft Konstellationen von Interesse und Macht auf der Umsetzungsebene bzw. im Interventionsfeld (also auf der Ebene der *assurance*) bereits die Auswahl der zu bearbeitenden Gesundheitsprobleme sowie der begünstigten Zielgruppen (also das *assessment*) und der Strategien und Maßnahmen (also der *policy formulation*) (vgl. Kühn 1993). Zum anderen bilden auch die Akteure der Gesundheitsberichterstattung (Auftraggeber, durchführende Institutionen, Wissenschaftler) ein eigenes Politikfeld mit Eigeninteressen, die nicht unbedingt mit dem gesellschaftlichen Interesse an handlungsleitender Information für die Gesundheitspolitik übereinstimmen müssen.

3.2 Primärprävention

In diesem Abschnitt soll ein Überblick über verschiedene Ansätze und Formen der Krankheitsverhütung sowie über wichtige Interventionsfelder gegeben werden. Abschließend werden Gründe benannt, die erklären können, warum von diesen Möglichkeiten so wenig Gebrauch gemacht wird.

Die Geschichte der industrialisierten Länder weist zahlreiche Beispiele der politisch bewirkten Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten (Primärprävention) sowohl durch explizite als auch durch implizite Gesundheitspolitik auf. Der Engpaß für Primärprävention liegt regelmäßig weniger auf der Ebene des Wissens über Möglichkeiten der Krankheits- und Unfallverhütung (*policy*), sondern im Bereich der politischen Umsetzung dieses Wissens (*politics*).

3.2.1 Verhältnisprävention

Auf dem Gebiet der gesundheitsgerechten Gestaltung von Lebensbedingungen werden wichtige primärpräventive Aufgaben (z.B. Trinkwasser-, Lebensmittel-, Emissions- und Abfallkontrolle; Impfschutz; Schul- und Wohnungshygiene; technische Sicherheit von Bauten, Anlagen, Maschinen und Verfahren; Verkehrssicherheit; Lärm- und Strahlenschutz) überwiegend von den Herstellern bzw. Betreibern wahrgenommen und von öffentlichen Verwaltungen (vor allem Gesundheitsämter, vgl. Abb. 5; Gewerbeaufsicht), aber auch von öffentlich-rechtlichen Institutionen (z.B. Berufsgenossenschaften) oder autorisierten privatrechtlichen Verbänden (z.B. TÜV, DIN) routinemäßig kontrolliert.

Wichtige Erfolge verdanken sich auch staatlichen Einzelnormen: Nachdem z. B. durch das *clean air act* im Stadtgebiet von London Anfang der fünfziger Jahre die offene Verfeuerung verboten worden war, sank die Mortalität an chronischer Bronchitis dort im Verlaufe von zwanzig Jahren auf die Hälfte des Ausgangswertes (Abholz et al. 1981)

Abb. 7: Aufgabenbereiche von Gesundheitsämtern

Erläuterung: Das Organigramm des Gesundheitsamtes von Herne (Nordrhein-Westfalen) zeigt eine für deutsche Verhältnisse modern organisierte Behörde. Die Initiierung von bzw. Mitwirkung an Gesundheitskonferenzen (53.1.1.2) sowie Selbsthilfeförderung (53.1.1.4) und Gesundheitsfördernde Projekte (53.1.1.5) gehören noch keineswegs selbstverständlich zur Aufgabenwahrnehmung von Gesundheitsämtern.

3.2.2 Verhaltensprävention

Auf die Modifikation gesundheitsriskanten Verhaltens zielen sowohl Aktivitäten des Staates (Bundes- und Landeszentralen für gesundheitliche Aufklärung, Gesundheitsämter), von (vor allem in der Bundesvereinigung für Gesundheit e.V., Bonn, zusammengesetzten) Verbänden, von Bildungseinrichtungen (einschl. Volkshochschulen) und Ärzten (Gesundheitsberatung). Von 1989 bis 1996 hatten die Institutionen der GKV einen gesetzlichen Auftrag zu allgemeiner Prävention und Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V). Ihre Angebote führten zur Teilnahme von jährlich bis zu 3 Mio. Versicherten an Beratungen, Kursen, Lauftreffs etc. (vgl. Kirschner et al. 1994). Die Beschränkung des Interventionsinstrumentariums auf individuelles Verhalten sowie die vom Gesetzgeber gleichzeitig in Gang gesetzte Konkurrenzorientierung der Kassen führte dabei allerdings zu einer deutlichen Unterrepräsentanz gesundheitlich und sozial benachteiligter Gruppen.

Verhaltensprävention durch überkommene Formen der Gesundheitsaufklärung und -belehrung und -übung hat sich als insgesamt wenig effektiv erwiesen. Insbesondere Verhaltensweisen, die als Teil einer Lebensweise über viele Jahre habitualisiert, gewissermaßen eingewachsen sind, lassen sich isoliert nur schwer beeinflussen, insbesondere dann, wenn die Lebenslage auch sonst wenig Gestaltungsmöglichkeiten eröffnet (materielle und immaterielle Ressourcen). Herkömmliche Verhaltensprävention erreicht auch deshalb meist nur sehr geringe Anteile der Risikopopulationen. Teilnehmer aus der Unterschicht und Menschen mit besonders hohen Risiken sind dabei in der Regel noch einmal deutlich unterrepräsentiert. Insgesamt hat sich allerdings auch gezeigt, daß bei geeigneter Instrumentierung und Zielgruppenorientierung (also eine geeignete *policy*) auch gesundheitsriskantes Verhalten durch Politik beeinflusst werden kann.

Die (infektiösen) Volkskrankheiten der Industrialisierungsphase in Europa, vor allem die Tuberkulose, wurden zeitlich zuerst und in der Wirksamkeit überlegen nicht mit den Mitteln der Medizin, sondern durch Primärprävention überwunden (s. Abb. 6) Dies waren Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen, der Entlohnung, im Städtebau und Wohnungswesen, in der Ernährung und in der Bildung. Überwiegend dadurch induziert kam es dann auch zur Verbreitung gesundheitsdienlichen Verhaltens, z.B. in der privaten Hygiene.

Abb. 8: Tuberkulose der Atmungsorgane: Mittlere jährliche Todesraten (standardisiert auf die Bevölkerung von 1901): England und Wales

Erläuterung: Die Abbildung zeigt, daß die Sterblichkeit an Tuberkulose als wichtigster Todesursache industrialisierter Länder im 19. Jahrhundert bereits auf ein Achtel der Werte von 1836 zurückgegangen war, als in den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts die Medizin die erste wirksame Chemotherapie zum Einsatz bringen konnte. Ähnliche Entwicklungen hat McKeown (1982) für alle wichtigen Infektionskrankheiten des 19. Jahrhunderts nachgewiesen. Sie verweisen auf die überragende Bedeutung der Prävention.

Die Benutzung des Sicherheitsgurtes durch ca. 90 % der Autofahrer bewahrt bei Autounfällen in der Bundesrepublik jährlich über 2500 Menschen das Leben, und vielen mehr die Gesundheit. Dies ist - im Hinblick auf die alten Bundesländer - in erster Linie Ergebnis einer der ersten, bereits in den 60er Jahren beginnenden, zentralstaatlich organisierten Gesundheitskampagnen mit Zielgruppendifferenzierung. Vom Zeitablauf her und im Hinblick auf den Anteil der Gurtbenutzer ist dieser Erfolg erst in zweiter Linie eine Folge der erst im Jahre 1984 einsetzenden Sanktion des Nichttragens mit 40 DM Bußgeld (Vieth 1988).

Unterstützt durch öffentliche Kampagnen und starke gesetzliche Regulierungen hat in Kanada und in den USA - mit großen schichtenspezifischen Unterschieden - die Anzahl der Zigarettenraucher um ca. 30 % abgenommen (Goldstein 1992; Kühn 1993).

Die in Umfang und Tempo dramatischen Verhaltensänderungen der hauptsächlich von Aids betroffenen Bevölkerungsgruppen (homosexuelle Männer, Fixer) sind nicht zuletzt ein Erfolg öffentlich finanzierter, aber weitgehend von Repräsentanten dieser Gruppen konzipierten und propagierten „strukturellen Prävention“, einer partizipativ entwickelten Kombination von verhaltens- und verhältnisbezogenen Komponenten (Rosenbrock 1987).

Das in die Lebenslage und Lebensweise eingebettete Programm zur Gruppen-Zahnprophylaxe vor allem in Kindergärten und Schulen in der Schweiz hat - zusammen mit Fluoridierung von Trinkwasser und Zahnpasta - dazu geführt, daß z.B. in Basel bereits seit vielen Jahren rund 70 % der Zehnjährigen ein kariesfreies Dauergebiß aufweisen (Deutscher Bundestag 1990, Bd. 1, S. 163 ff). Die durchschnittliche Anzahl bleibender Zähne, die bereits bei 12jährigen kariös, wegen Karies gefüllt sind bzw. fehlen, betrug Anfang der 90er Jahre in Deutschland 3,9, in Australien und Finnland dagegen 1,1 und in der Schweiz 1,2. Die Zahngesundheit in der DDR war durchweg besser als in der alten Bundesrepublik, die schichtenspezifischen Unterschiede geringer (BMG 1997).

Politische Anstrengungen zur Verhaltensprävention erbringen - so die durchgängige Erfahrung - um so bessere Ergebnisse, je mehr es gelingt, die angezielte Verhaltensänderung in die Lebenslage und die Lebensweise der Zielgruppen einzupassen, also auch Verhältnisse im Hinblick auf das intendierte Verhalten zu gestalten. (WHO-Slogan: Make the healthier way the easy choice). Verhaltensprävention sollte daher in der Regel mit der Beseitigung von Anreizen für gesundheitsgefährdendes Verhalten beginnen, also meist mit Elementen der Verhältnisprävention.

Erfolgreiche Verhaltensprävention folgt darüber hinaus meist Strategien,

- die die Lebensweisen und Milieus der Zielgruppen berücksichtigen und stützen und in diesem Rahmen
- mit vorwiegend nicht-medizinischen und
- soweit wie irgend möglich nicht-repressiven Mitteln
- unter besonderer Nutzung der persönlichen Kommunikation und Beratung
- dauerhaft über Gesundheitsgefährdungen und Vermeidungsmöglichkeiten aufklären,
- um gruppenbezogene und selbstorganisierte Anreizsysteme
- mit dem Ziel der Etablierung und Befestigung sozialer Normen
- für risikomeidendes, gesundheitsförderliches und solidarisches Verhalten zu schaffen und zu stabilisieren (Rosenbrock 1994).

Im Kern geht es darum, positive soziale Anreize zur persönlichen Auseinandersetzung mit der Gesundheit sowie zur Etablierung und Befestigung gruppenbezogener Normen für risikominderndes Verhalten zu setzen und dabei die unerwünschten Wirkungen (Fremdbestimmung, Manipulation, Ausgrenzung) zu minimieren.

3.2.3 Gesundheitsförderung

Die multifaktorielle Verursachung der wenigen, überwiegend chronisch degenerativ verlaufenden Krankheiten, die heute das Krankheits- und Sterbegeschehen in industrialisierten Ländern zu mehr als drei Vierteln beherrschen, wie auch Forschungen zu den beeinflussbaren Ursachen der persistierenden schichtenspezifischen Unterschiede in Mortalität und Morbidität haben in den letzten Jahren in Anknüpfungen an ältere Theorien der Partizipation und der Mobilisierung/Aktivierung zur Herausbildung eines dritten Typs von Prävention, der Gesundheitsförderung, geführt, der von der WHO im Jahre 1986 in der Ottawa Charta programmatisch formuliert worden ist (Conrad/Kickbusch 1988).

Durch Gesundheitsförderung sollen die subjektiven und sozialen Voraussetzungen für mehr Selbstbestimmung in der Gestaltung des eigenen Lebens in der Gesellschaft verbessert werden. Dabei geht es u.a. darum, Menschen die Verankerung in sozialen Gemeinschaften und Netzwerken zur Kommunikation und gegenseitigen Hilfeleistung zu erleichtern bzw. zu ermöglichen und sie dadurch auch in den Stand zu versetzen, ihre Gesundheit als eigenes (individuelles und kollektives) Interesse zu erkennen und zu verfolgen. Sich als Individuum und Teil einer verstehbaren und beeinflussbaren Umwelt zu begreifen, in der es möglich ist und sich auch lohnt, individuelle und kollektive Ziele zu verfolgen (zusammengefaßt als *'sense of coherence'*; vgl. Antonovsky 1987, 1991), scheint nicht nur einen unspezifischen Schutzfaktor gegen Gesundheitsbelastungen darzustellen, sondern soll auch die Identifizierung von fördernden und hemmenden Bedingungen eines gesunden Lebens anregen sowie die individuelle und kollektive Handlungsfähigkeit zur Beeinflussung und zeitstabilen Kontrolle dieser Bedingungen vergrößern. Zudem wird davon eine allgemeine Steßreduktion sowie eine Verstärkung des Gefühls der Selbstwirksamkeit (*'self efficacy'*; Bandura 1977) und damit eine Schwächung der Auslösereize für gesundheitsriskantes Verhalten (z.B. Zigarettenrauchen) erwartet.

Gesundheitsförderung setzt bei Gruppen in meist auch regionalem Zusammenhang an, die durch gemeinsame Interessen oder Merkmale der Lebenslage bzw. Lebensweise definiert sind. Der mit diesem Ansatz zentral intendierten Aktivierung von Wahrnehmung und Handeln werden positive Wirkungen auf Lebensqualität, Selbstbewußtsein, Handlungsfähigkeit sowie Belastungs- und Erkrankungsbewältigung zugesprochen. Gesundheitsförderung wird deshalb auch als Element der Krankenbehandlung und bei der Betreuung chronisch Kranker vorgeschlagen und zum Teil erprobt. Gesundheitsförderung wird so zum Querschnittsaspekt des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheit, Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen (vgl. Abb. 1). Der damit verbundenen Gefahr einer uferlosen Ausweitung professioneller Betreuung und Kontrolle begegnet das Konzept mit zu einem neuen Verhältnis zwischen Helferberufen und Zielgruppen (*enabling, empowerment*) (Rappaport 1985), in dem die Expertenintervention von vornherein begrenzt ist und ihre eigene Überflüssigkeit produzieren soll.

Die spezifische Effektivität und Effizienz dieses Ansatzes, z.B. im Verhältnis zu Strategien der Senkung spezifischer Risiken, entzieht sich bislang weitgehend quantitativer Meßbarkeit, doch spricht dies angesichts der durch erfolgreiche Aktivierung verbesserten Chancen der Minderung auch spezifischer Risiken (im Verhalten und in Verhältnissen) nicht gegen den

Ansatz. Zudem haben Modelle, in denen Gesundheitsförderung mit Elementen von Verhaltens- und Verhältnisprävention z.B. in der Arbeitswelt kombiniert wurde, beträchtliche zeits- und verhältnispräventive Wirkungen gezeigt (Lenhardt/Elkeles/Rosenbrock 1997). Gegenwärtig wird an der Entwicklung und Validierung von Qualitätssicherung in Prävention und Gesundheitsförderung gearbeitet (Badura/Strodtholz 1998).

Bedenkenswertes unerwünschte Wirkungen von Gesundheitsförderung können auftreten, wenn Menschen, die sich nicht im beschriebenen Sinne aktivieren lassen oder lassen wollen, deshalb formell oder informell sanktioniert werden und ihnen die Schuld an ihrer Lage zugeschoben wird (*'blaming the victim'*, Crawford 1979). Zum anderen kann durch falsch verstandene Gesundheitsförderung eine dauernde ängstliche Befäßtheit mit der eigenen Gesundheit ausgelöst werden, die ihrerseits zum Gesundheitsrisiko werden und die Lebensqualität senken kann (*'Healthismus'*, Kühn 1993). Schließlich ist - auf der politics-Ebene - zu besorgen, daß Gesundheitsförderung (bzw. die Beschwörung derselben) ganz oder teilweise an die Stelle von Prävention als Senkung spezifischer Risiken tritt bzw. zur Legitimation von praktischen Unterlassungen bei der Senkung spezifischer Risiken benutzt wird.

3.2.4 Felder und Institutionen der Primärprävention

Die Primärprävention hat weder in der Bundesrepublik noch in anderen Industrieländern eine einheitliche Institutionalisierung gefunden. Zuständigkeiten, Instrumente und professionelle Arbeitsteilungen unterscheiden sich je nach policy-Typ (Verhaltens-, Verhältnisprävention, Gesundheitsförderung, Mischformen) und Interventionsfeldern (v.a. Arbeit, Gemeinde, soziale Gruppen, Umwelt). Dies ist einerseits angemessen, führt aber andererseits mangels einer Gesamtverantwortung zu eher zufälligen Schwerpunktsetzungen, Mehrfachzuständigkeiten und Lücken. An eine strategische Orientierung der Gesundheitspolitik etwa an den von Deutschland offiziell unterstützten Zielen des WHO-Programms „Gesundheit 2000“ ist unter diesen Bedingungen nicht zu denken.

3.2.4.1 Arbeitswelt

Ein gesundheitspolitisch stark defizitäres Feld der Primärprävention ist die Arbeitswelt. Über 30 Mill. Jugendliche und Erwachsene verbringen in Deutschland den größeren Teil ihres wachen Tages mit abhängiger Arbeit. Die Arbeitsbedingungen beinhalten nicht nur per se Gesundheitsbelastungen und -ressourcen, sondern prägen mit den im Betrieb dauerhaft erfahrenen, formellen und informellen Anreizen und Sanktionen das Verhalten auch außerhalb der Arbeit. Ähnlich wie in anderen institutionalisierten Lebenszusammenhängen (Bildungseinrichtungen, Krankenhäuser, Militär etc.) werden die organisatorisch günstigen Voraussetzungen für Prävention und Gesundheitsförderung/-aktivierung bei weitem nicht genutzt.

Zwar konnten als Folge der Verbreiterung des Arbeitsschutzes, als Ergebnis der Reformbewegung „Humanisierung des Arbeitslebens“ (ab ca. 1975), sowie durch technische und personalpolitische Modernisierungsschübe in den letzten Jahrzehnten eine Reihe von physikalischen und chemischen Belastungen sowie Unfallgefahren erheblich gesenkt und Verbesserungen in

der technischen Ergonomie erreicht werden. Doch deuten weder Ergebnisse der Belastungsforschung noch Befragungen noch arbeitsepidemiologische Erhebungen auf ein Sinken des Beanspruchungsniveaus hin.

Zu dem hohen und resistenten Sockel klassischer Arbeitsbelastungen (schwere, monotone Arbeit; geringe Dispositionsspielräume; Zwangshaltungen; hoher Zeitdruck, Schichtarbeit; Lärm) treten neue, vor allem psychophysische und psychomentele Belastungen, u.a. im Zuge der flächendeckenden Einführung der Mikroelektronik auf. Diese führen in der Regel nicht zu den faktisch nur bei erwiesener (Mono-)Kausalität anerkannten (und wie Unfälle von der berufsgenossenschaftlichen Gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) betreuten und entschädigten) Berufskrankheiten, sondern zu einer nach vielen Millionen zu schätzenden Anzahl von arbeitsbedingten Erkrankungen.

Für Prävention in der Arbeitswelt ist der Arbeitgeber verantwortlich. Jeder Betrieb wird - formal - von der staatlichen Gewerbeaufsicht kontrolliert. Zudem entsenden die nach Branchen organisierten und von Kapital und Arbeit paritätisch selbstverwalteten Berufsgenossenschaften ihre technischen Aufsichtsbeamten v.a. zur Verhütung von Berufskrankheiten und Unfällen in die Betriebe und bilden auch Arbeitsschützer aus. An diesem System werden die Regelungsfülle, sowie zu geringe Kompetenzen und zu geringe Kapazitäten beklagt.

Seit 1974 sind die Arbeitgeber durch das Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) verpflichtet, arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Expertise im Betrieb zur Durchführung des Arbeitsschutzes und zur eigenen Beratung einzusetzen. Die Anzahl der Einsatzstunden von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften hängt vom Gefährdungsgrad der verschiedenen Branchen und von der Anzahl der zu versorgenden Beschäftigten ab. Erst bei Einsatzzeiten von ca. 50 Std. pro Jahr muß der Arbeitgeber Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte bestellen. Dadurch bleiben Betriebe mit weniger als ca. 50 Beschäftigten, in denen ca. die Hälfte der Arbeitnehmer in Deutschland arbeitet, von dieser Form der Versorgung ausgeschlossen. Als zentraler Mangel des gegenwärtigen Arbeitsschutzsystems wird neben der Arbeitgeberabhängigkeit und der Nichtversorgung von kleineren Betrieben vor allem die Tendenz von Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften gesehen, die Bearbeitung arbeitsbedingter Gesundheitsprobleme weitgehend von ihrer technischen bzw. medizinischen Meßbarkeit abhängig zu machen (verkürzte Problemsicht) und schwerpunktmäßig Abhilfe im Verhalten der Beschäftigten zu suchen (einseitige Maßnahmegewichtung), deren Erfahrungskompetenz für die Erfassung und Beseitigung von betrieblichen Gesundheitsbelastungen und -gefährdungen infolgedessen meist ungenutzt bleibt (Rosenbrock 1982).

In den wenigen Jahren (1989 - 1996) ihrer direkten Zuständigkeit auch für betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen des § 20 SGB V realisierten Institutionen der GKV in einer ganzen Reihe von Betrieben erfolgreiche Projekte und Kampagnen der Gesundheitsförderung, in denen auf Basis von Gesundheitsberichten identifizierte Belastungsschwerpunkte mit ergonomischen, organisatorischen, betriebsklimatischen und verhaltensbezogenen Interventionen partizipativ (z.B. Gesundheitszirkel, vgl. Rosenbrock 1985a; Slesina et al. 1990) angegangen

wurden. Solche Projekte (Grossmann/Scala 1994) gibt es nicht nur in Betrieben der Industrie, des verarbeitenden Gewerbes und kommerzieller Dienstleistungen, sondern auch in Krankenhäusern, Schulen etc. Zunehmend wird dieser Ansatz auch kommerziell von Unternehmensberatungen und spezialisierten Dienstleistungsunternehmen angeboten.

Im Jahre 1996 sind - zum Teil in Umsetzung entsprechender EU-Richtlinien - durch drei Gesetze Aufgaben und Kompetenzen in der betrieblichen Prävention grundsätzlich neu verteilt worden:

- Durch Novellierung des § 20 SGB V wurde die Mitwirkung der Kassen an der betrieblichen Prävention zwar zur Pflichtaufgabe, zugleich aber wurde ihre Rolle v.a. auf Datengenerierung und -aufbereitung beschränkt.
- Durch die Novelle des SGB VII wurde den Berufsgenossenschaften der Aufgabenbereich der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren übertragen.
- Das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet Arbeitgeber auch kleinerer Betriebe zur Erstellung und Dokumentation von betrieblichen Gefährdungsanalysen sowie zu entsprechenden Präventionsmaßnahmen, die auch den Abbau psychomentaler und psychosozialer Gesundheitsgefährdungen einzuschließen haben.

Wie sich die Akteure auf die zum Teil ihre gewachsenen Sichtweisen und Handlungsroutinen überschreitenden neuen Aufgabenstellungen einstellen werden, ist derzeit kaum zu prognostizieren (vgl. Lenhardt 1997).

Als Ergebnis von *politics* ist die Gesundheitsgerechtigkeit der Arbeitsbedingungen auf der Makro-Ebene beständig Gegenstand von Auseinandersetzungen und Aushandlungen zwischen Gewerkschaften und Unternehmerverbänden (Tarifverträge, zum Teil mit expliziten Gesundheitsbezug), auf der Mikroebene zwischen Beschäftigten/Betriebsrat und Unternehmen/Management. Die Durchsetzungschancen von Gesundheitszielen hängt damit praktisch oft vom Arbeitsmarkt und von der (behaupteten) wirtschaftlichen Lage des Unternehmens ab. Durchsetzungserschwerend wirken auch die tendenzielle Orientierung zahlreicher Arbeitsschutz-Akteure an den Belangen der Unternehmenseite sowie Sorgen der Beschäftigten in bezug auf den Schutz ihrer Gesundheitsdaten.

3.2.4.2 Gemeinde

Mit Gemeinde kann im Zusammenhang mit Primärprävention und Versorgung sowohl die territorial-administrative Einheit (*geographical community*) als auch eine durch soziales Milieu, Lebenslage, gemeinsame Werteprofile oder Lebensstile verbundene Gruppe (*phenomenological community*) gemeint sein.

Administrative Gemeinde

In bezug auf die administrative Gemeinde wurden die verhältnispräventiven Dauerfunktionen vor allem der Gesundheits- und zum Teil auch ausdifferenzierter Umweltämter (vgl. oben

3.2.1) wie auch die zahlreichen Angebote zur Verhaltensmodifikation durch Kassen (bis 1996), freie Träger, kommerzielle Unternehmen, Selbsthilfegruppen, Volkshochschulen etc. bereits genannt.

Auf die Senkung spezifischer Verhaltensrisiken (v.a. Ernährung, Rauchen und Bewegung) sowie auch auf unspezifische Gesundheitsförderung in Modellgemeinden versuchte die bislang größte deutsche Interventionsstudie, die deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) in den 80er Jahren einzuwirken. Ihre Interventionsansätze (*policies*) trafen zum Teil auf Widerstand v.a. aus der organisierten Ärzteschaft (*politics*). Obgleich die ursprünglichen Wirkungserwartungen reduziert werden mußten, gilt sie gesundheitspolitisch als Erfolg (v. Troschke et al. 1998). Die Chancen der Weiterentwicklung bzw. Verallgemeinerung dieses Ansatzes sind derzeit unklar. Das gilt auch für ihre wesentlichen größeren Vorbilder in den USA (z.B. 'Five-Cities-Project', vgl. Farquar et al. 1990). Andererseits zeigen zahlreiche kleinere, meist im Umkreis von *Public Health Schools* in den USA entstandene Interventionsprojekte mit Regionalbezug die prinzipielle Tragfähigkeit dieses Ansatzes (vgl. National Academy of Sciences 1988; Minkler 1997).

Darüber hinaus sind in den letzten Jahren zahlreiche risikobezogene Kampagnen, Experimente mit lokaler Gesundheitsberichterstattung sowie örtlichen bzw. regionalen Gesundheitskonferenzen bzw. Gesundheitsforen zu beobachten. Gesundheitskonferenzen sollen dazu dienen, Vertreter der Verwaltungen, des Versorgungssystems und der Gesundheitsberufe mit Betroffenen und der generell der Bevölkerung in einen Dialog zu bringen, um gemeinsam Defizite festzustellen und ggf. neue Lösungswege zu finden. Generell soll damit Themen der Gesundheit eine größere öffentliche Aufmerksamkeit und politische Schubkraft verschafft werden.

Träger sind überwiegend kommunale Verwaltungen auf Initiative engagierter Professionals in der Administration oder im Dialog mit örtlichen sozialen Bewegungen. In einigen Großstädten wird im Rahmen des von der WHO initiierten healthy city-Ansatzes (Ashton 1992) versucht, Bürgeraktivierung zur Gesundheitsförderung in der Gemeinde durch administrativ unterstützte Schwerpunktkampagnen sowie Bürgerbüros etc. anzuregen und durch gegenseitige Vernetzung zu stabilisieren.

Die Anzahl von Bürgerinitiativen zu Themen wie Verkehrsberuhigung, Lärmbelästigung, Umweltschäden, Entsorgung und anderen gesundheitsbezogenen Themen hat zwar seit Ende der siebziger Jahre abgenommen, scheint aber - bei deutlicher Reduktion politischer Ansprüche - ein stabiles Niveau gefunden zu haben.

Zum Teil nur implizit versucht die Mehrzahl dieser Bewegungen, Elemente des Konzepts 'healthy public policy' (Erweiterung des Bereichs expliziter zu Lasten der impliziten Gesundheitspolitik, vgl. oben 1.2.) und der unspezifischen Gesundheitsförderung in die Praxis umzusetzen. Es ist derzeit nicht möglich, Zeitstabilität und gesundheitsbezogene Wirkungen dieser Aktivitäten abzuschätzen.

Gruppenbezogene Primärprävention

In bezug auf gemeinde- im Sinne von gruppenbezogener Primärprävention verfügt die Gesundheitspolitik in Deutschland über weniger Erfahrungen als z.B. in den USA, wo dieser Ansatz vor allem im Zusammenhang mit ethnischen Gruppen entwickelt wurde.

Allerdings hat es auch in Deutschland hierzu in jüngerer Zeit einige Innovationen gegeben: Die zunächst in Ausmaß und Verteilung nicht einschätzbare Gesundheitsgefahr durch die sexuell sowie durch Blutkontakte übertragbare *HIV-Infektion (Aids)* stellte in den achtziger Jahren auch die Gesundheitspolitik in der alten Bundesrepublik vor Herausforderungen in der Primärprävention, auf die die gewachsenen Institutionen und Normen zunächst keine verwendbaren Antworten bereithielten. In einem für Deutschland ungewöhnlich heftig ausgetragenen gesundheitspolitischen Grundsatzstreit ging es zunächst um die Frage, ob der Verbreitungsgefahr durch die Suche bzw. Fahndung nach individuellen Infektionsquellen (Suchstrategie; klassisches seuchenpolizeiliches Konzept der Gefahrenabwehr) oder durch Strategien der kollektiven Aufklärung und Verhaltensbeeinflussung (Lernstrategie; modernes präventionspolitisches Konzept der Gefahrenvorsorge) zu begegnen sei. Mit der weitgehenden Durchsetzung der gesellschaftlichen Lernstrategie (Kirp/Bayer 1994) kam ein für Deutschland in mehrfacher Hinsicht innovatives Konzept gemeindeorientierter (im Sinne von gruppenbezogener) Prävention zum Tragen. Die staatliche Förderung von Aids-Hilfen (Selbsthilfeorganisationen in hauptsächlich betroffenen Gruppen, v.a. von schwulen Männern und i.v. Drogenbenutzern) und zielgruppenspezifischen Aids-Projekten stellt eine innovative Anwendung des Selbsthilfekonzpts (das üblicherweise in der Tertiärprävention wirksam wird) auf die Primärprävention dar. Evaluationen zeigen, daß sich in den Hauptbetroffenengruppen überwiegend präventives Verhalten durchgesetzt hat. Die Zeitstabilität und Übertragbarkeit dieser Intervention auf andere Gruppen und Risikotypen ist noch nicht erprobt. Die im Umgang mit Aids gewonnenen Erfahrungen nicht-medizinischer, lebensweisebezogener und verhältnisgestützter Verhaltensprävention enthalten aber auf konzeptioneller und institutioneller Ebene und im Hinblick auf *policies und politics* wichtige Anregungen auch für die Gestaltung anderer Felder gemeindebezogener Prävention (Rosenbrock 1992).

3.2.4.3 Umwelt

Einen Bereich der Gesundheitspolitik, der nicht als Teil der Sozialpolitik gewachsen ist, stellt die Primärprävention in der stofflichen Umwelt dar. Staatlich ressortiert sie auf Bundes-, Landes- und oft auch auf kommunaler Ebene meist getrennt von Gesundheit. Das Umweltrecht ist dagegen eindeutig *anthropozentrisch*, d.h. es bezieht seine Schutzziele letztlich aus Annahmen über die Wirkung von Umwelteingriffen auf die menschliche Gesundheit, ohne der Natur, Flora und Fauna einen Eigenwert (*ökozentrischer Ansatz*) zuzugestehen. Im Rahmen langfristig orientierter Konzepte der Nachhaltigkeit verliert dieser Unterschied tendenziell an Bedeutung.

Als Reaktion auf die von Ökologie-Bewegungen und Medien bewirkte 'Entdeckung' des Umweltthemas ist umweltbezogene Primärprävention seit Beginn der siebziger Jahre institutio-

nell und rechtlich dynamisch gewachsen. Die für die letzten ca. 20 Jahre feststellbaren Verminderung anthropogener (vom Menschen verursachten) Umweltbelastungen erklären sich primär aus Verbesserungen der Reinigungstechnologien sowie auch aus Deindustrialisierung und schichtenspezifische Wandlungen in wertorientierten Konsummustern (Fülgraff 1991, 1994).

In der Regulierung von Umweltrisiken lassen sich Entwicklungstendenzen von der individuellen Gefahrenabwehr hin zur kollektiven Gefahrenvorsorge sowie zu stabilen Kooperationen zwischen öffentlichen und privaten Akteuren erkennen.

Wegen der Schwierigkeiten, die teilweise hypothetischen Risiken zu bewerten (assessment), und wegen der oft starken wirtschaftlichen und moralischen Interessenbesetzung ökologischer Themen ist umweltbezogene Präventionspolitik (politics) oft von heftigen Kontroversen gekennzeichnet, die sich auf vier Bündel von aufeinander aufbauenden Fragen beziehen (Rosenbrock/Maschewsky 1998):

- Gibt es überhaupt eine Gesundheitsgefährdung?
- Wie groß ist die Gesundheitsgefährdung, und wie verteilt sie sich in der Bevölkerung?
- An welcher Stelle auf der langen und vielstufigen Strecke von der Freisetzung/Produktion einer Gefährdungsquelle bis hin zur individuellen Erkrankung soll Prävention einsetzen?
- Soll mit Verhältnisprävention oder mit Verhaltensprävention bzw. mit welchen Mischformen interveniert werden?

Da zur Ingangsetzung präventiver Maßnahmen in der Regel eine Schädigung, nicht aber die Gefahrlosigkeit nachgewiesen werden muß, begünstigt die Beweislastverteilung zu diesen Fragen in der Regel die Emittenden bzw. Betreiber entsprechender Anlagen, zumal auch das (kurzfristig orientierte) ökonomische Interesse in der Regel auf der Seite der Zulassung weiterer Umweltbelastungen steht. Da ein Konsens über die Bewertung von Risiken, über Grenzwerte und vergleichende Kosten-Nutzen-Kalküle mit den Mitteln der Wissenschaften oftmals als nicht herstellbar erscheint, zielen neuere Ansätze auf die Organisation professionell moderierter Diskurse unter Beteiligung der Interessenten und Kontrahenten (*'Mediation'*) (van den Daele/Neidhardt 1996).

Größtenteils ungelöst ist die politische und ökonomische Steuerung des Übergangs zu emissions- und abfallärmeren Produktionsprozessen und Konsummustern sowie der Umgang mit Altlasten (nachhaltige Wirtschaftsweise, vgl. BUND et al. 1995). Im Hinblick auf das Schutzziel 'Lärm' scheint dagegen der primärpräventive Umweltschutz - außer in verkehrsintensiven Ballungsräumen - eine insgesamt positive Bilanz aufzuweisen.

3.2.5 Hinderungsgründe und Perspektiven primärer Prävention

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß unter den insgesamt eher geringen Aktivitäten der Primärprävention die Versuche der individuellen Verhaltensbeeinflussung nach wie vor dominieren. Diese Versuche („Gesundheitserziehung“) sind überwiegend wenig wirksam. Der

wichtigste Grund hierfür liegt wahrscheinlich darin, daß solche Versuche der Prävention die Beziehungen zwischen der - z.B. durch Beruf, Familie, Wohnort etc. - definierten Lebenslage und dem Verhalten nicht oder nicht genügend beachten. Durch diese Reduzierung von Gesundheitsrisiken auf Fehlverhalten entlastet sich die (zentralstaatliche, kommunale, betriebliche etc.) Gesundheitspolitik von einem entscheidenden Teil ihrer Verantwortung.

Nancy Milio (1981) hat es zugespitzt so formuliert:

„Die Gesundheit der Menschen ist wesentlich das Produkt der sozialen, technischen und natürlichen Umwelt, in der sie leben, sowie der Verhaltensmuster, denen sie folgen. Aber auch diese Verhaltensmuster sind von der sozialen, technischen und natürlichen Umwelt geprägt, und diese Umwelten werden durch öffentliche Politik geformt“ (Übers.d.RR)

An vielen Beispielen (Aids-Prävention, betriebliche Gesundheitsförderung, Bewegung, Zigarettenrauchen etc.) kann zudem gezeigt werden, daß auch Verhaltensbeeinflussung desto effektiver ist, je mehr die strukturellen und sozialen Anreize, die riskantes Verhalten begünstigen, sowie die strukturellen und sozialen Voraussetzungen, die gesundes Verhalten begünstigen, als zu verändernde Gegebenheiten in die Planung (*policy formulation*) und Durchführung (*assurance*) von Präventionsstrategien einfließen. Dies erhöht aber meistens auch die Schwierigkeiten der Durch- und Umsetzung (*politics*) und unterbleibt deshalb häufig.

Das gesundheitspolitische Vollzugsdefizit auf dem Gebiet der Prävention findet seine Gründe also weniger in fehlendem Wissen (*policy-Ebene*) sondern eher in in risiko- und umfeldspezifischen Thematisierungsbedingungen und damit in den jeweiligen Akteur- und Interessenstrukturen, also auf der *politics-Ebene* ('präventionspolitische Konstellationen'). Für die bestehenden Defizite lassen sich insgesamt fünf übergreifende Gründe identifizieren (Rosenbrock/Kühn/Köhler 1994):

Prävention - neuer Politiktyp

Entgegen der von nahezu allen gesundheitspolitischen Akteure gepflegten Präventions- und Erfolgshetorik befindet sich der Handlungstyp der systematisch fundierten und zum Teil unspezifischen Risikosenkung mit den Instrumenten der Politik erst am Anfang seiner systematischen Entwicklung.

Es mangelt infolgedessen an (wissenschaftlich zu fundierenden) Erfahrungen über neue Politikformen vor allem auf lokaler und regionaler Ebene, die die speziell in Deutschland traditionell starre Grenze zwischen Staat und Nicht-Staat durch nicht-paternalistische und nicht-bürokratische Formen der Aktivierung, des Dialogs und der Interaktion mit Betroffenen und Bürgerbewegungen überwinden bzw. überformen. Arbeitsteilung und Kompetenzbereiche zwischen den beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen (einschließlich Public Health und Pflege) und Institutionen sind unklar und oft noch umstritten. Zudem fehlt es fast durchgängig an ausreichendem Selbstbewußtsein zu wirklich innovativen, notwendigerweise immer auch experimentellen Projekten der Prävention.

Ökonomie vor Gesundheit

In Entscheidungen staatlicher und betrieblicher Politik dominieren ökonomische Gesichtspunkte weithin über das gesundheitliche Argument.

Gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen, Reduktion von Umweltbelastungen, komplexe Gesundheitskampagnen mit Lebensweisebezug etc. kosten Geld. Ihr Nutzen ist dagegen oft nicht unumstritten in Geld auszudrücken, oder er liegt außerhalb des Interessenbereichs der Akteure/Verursacher und/oder jenseits der meist kurzfristigen Planungshorizonte (z. B. Geschäftsjahr bei Unternehmen; Wahlperiode in der Politik). Die Geschichte der Prävention zeigt, daß die wichtigsten Erfolge durch soziale Bewegungen induziert wurden, die sich gegen die einseitige Durchsetzung wirtschaftlicher Interesse richteten.

Bestimmung der Präventionsinhalte durch den Markt

Ökonomische Gründe begrenzen aber nicht nur das „wieviel“, sondern auch das „was“ der Prävention.

Kommerziell betriebene Prävention und Gesundheitsförderung richtet sich in einer Marktwirtschaft anreizgerecht nach der mobilisierbaren kaufkräftigen Nachfrage, die - v.a. unter dem Gesichtspunkt sozial bedingt ungleicher Gesundheitschancen - kein geeignetes Steuerungsinstrument für Prävention ist. So wurden durch die Ökologie- und Gesundheitsbewegungen Gesundheitsbedürfnisse und -ansprüche vor allem in den Mittelschichten thematisiert bzw. geweckt. Diese finden mittlerweile ein rasch expandierendes Angebot an 'social marketing', Dienstleistungen und Waren „für die Gesundheit“ und „für die Umwelt“. Die Umformung gesellschaftlicher Probleme in individuell durch Kauf von Waren und Dienstleistungen zu befriedigende Bedürfnisse nimmt dem sozialen Impuls von Prävention und Gesundheitsförderung einen großen Teil seiner Wirksamkeit.

Dominanz der Medizin

Ein weiterer Teil dieser sozialen Schubkraft wird durch die Definitionsmacht und die Aktivitäten der individuell kurativ orientierten klinischen Medizin absorbiert.

Da individuelle Prävention als kassenärztliches Leistungsfeld angesehen wird, dominieren in der Prävention Sichtweise und Leistungen des Kassenarztes. Das äußert sich u.a. in einer deutlichen Privilegierung der ärztlichen Beratung vor anderen Trägern und Formen der Beratung und Kommunikation. Es ist freilich weder erwiesen noch plausibel, daß ärztliche Beratung größere Wirkungen erzielt als z.B. Beratung durch Krankenschwestern oder problembezogener Diskussion und Auseinandersetzung zwischen Menschen in ähnlicher sozialer Lage ('peer education', BzGA 1995; Selbsthilfegruppen, Trojan 1986). Die Definitionsmacht der Medizin für die Prävention zeigt sich auch im - von den gesundheitlichen Wirkungen her nicht zu begründenden - Gewicht, das Früherkennungsuntersuchungen zur Vorverlagerung der individuellen medizinischen Therapie in der Gesundheitspolitik aufweisen (Sekundärprävention, vgl. unten 3.3). Die in der Öffentlichkeit nur langsam nachlassende Identifikation von

'Gesundheitspflege' mit 'Medizin' führt häufig zu einer Umthematierung von Problemen der Primärprävention zu solchen der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (Medikalisierung; vgl. Zola 1972; Kühn/Rosenbrock 1994).

Ähnlich wie die Ökonomisierung der Prävention in der Tendenz dazu führt, gesellschaftlich und politisch anzugehende Probleme in individuelle Kaufakte umzuwandeln, bestärkt die Medikalisierung der Prävention die Tendenz, solche Probleme in Akte der individuellen Inanspruchnahme umzudefinieren. Beide Tendenzen laufen darauf hinaus, die zugrundeliegenden Probleme unbearbeitet zu lassen und sind deshalb im Grunde kurzsichtig.

Keine gegentendenzielle Politik

Da sich unter diesen Rahmenbedingungen die Tendenz zur politischen Untergewichtung der Primärprävention und zur relativen Übergewichtung der Verhaltensmodifikation und des Konsums von selbst eher verstärkt, wäre eine Erweiterung präventionspolitischer Handlungsräume am ehesten von einer staatlich getragenen gegentendenziellen Politik zu erwarten. Davon kann kaum die Rede sein.

Der sozialpolitische Kontext der Gesundheitspolitik ist seit über einem Jahrzehnt zunehmend durch die Individualisierung von Risiken, wachsende Gleichgültigkeit gegenüber Chancenungleichheiten sowie durch den Rückzug des Staates aus potentiell konflikt- oder kostenträchtigen Feldern gekennzeichnet (vgl. exemplarisch Deutscher Bundestag 1994; dazu: Rosenbrock 1997a).

Wirksame Impulse gegen den eher negativen Trend zeigen sich vor allem in einzelnen Bereichen der Arbeitswelt, in lokalen Koalitionen zwischen experimentierfreudigen Teilen der Gesundheitsadministration (in Staat und Sozialversicherungen) mit BürgerInnenbewegungen und engagierten Professionals aus Medizin und Sozialwissenschaften sowie im qualitativen und quantitativen Wachsen gesundheitswissenschaftlicher Qualifikationen (Pflege, Public Health). Während die Etablierung der Gesundheitswissenschaften im akademischen Bereich seit Ende der achtziger Jahre bislang relativ vorankommt und insofern einen Erfolg darstellt, sind innovative und wegweisende Praxismodelle der Prävention bislang vorwiegend in (wenigen Modellprojekten in) der Arbeitswelt sowie bei der Aids-Prävention auszumachen (Rosenbrock 1997a).

3.3 Sekundärprävention

In diesem Abschnitt wird dargestellt, daß und warum Maßnahmen der medizinischen Prävention (Früherkennung zur Vorverlegung des individuellen Behandlungszeitpunktes) bessere Chancen der Realisierung haben als solche der primären Prävention. Es wird ein Überblick über die Unterschiede zwischen diesen beiden Ansätzen gegeben, und es wird gezeigt, daß die politische Bevorzugung der Sekundärprävention sich häufig nicht auf gesundheitswissenschaftlich haltbare Argumente stützen kann.

Auf gesundheitspolitisch wesentlich bessere Entwicklungsbedingungen als die Primärprävention trifft in der Bundesrepublik die kassenarztgetragene Früherkennung zur Vorverlagerung des Zeitpunkts individualmedizinischer Intervention (medizinische Prävention; Sekundärprävention). Das Konzept geht von der auch der sozialen Primärprävention zugrundeliegenden Erkenntnis aus, daß die Gefahr der Entwicklung vor allem chronischer und dann meist nicht mehr heilbarer Erkrankungen sich oft lange vor dem Auftreten wahrnehmbarer Symptome ankündigt, in Form von Belastungserleben, Befindensstörungen, gesundheitlichem Risikoverhalten und/oder medizinischen Befunden ohne Symptomatik. Beide Ansätze erwarten von der Intervention vor der Manifestation von Symptomen bessere Ergebnisse als von der Krankheitsbehandlung. Beide Interventionstypen zielen also auf die Minderung der Eintrittswahrscheinlichkeit medizinisch meist nicht reversibler Erkrankungsverläufe. Präventive Individualmedizin und soziale Primärprävention ziehen aus diesem Konzept unterschiedliche Schlußfolgerungen, die sich in zwei Leitfragen zusammenfassen lassen:

Die Leitfrage aus dem Blickwinkel der individuell-kurativen Medizin lautet: Wie erkennen wir möglichst früh, daß ein Mensch erkrankt? Was können wir dann dafür tun, um den Krankheitsprozeß zu verlangsamen, zu stoppen oder gar umzukehren?

Die Gegenfrage aus dem Gesichtswinkel der epidemiologisch orientierten sozialen Prävention lautet: Unter welchen Bedingungen bleiben Menschen gesund bzw. geht die Inzidenz wichtiger Krankheiten zurück? Was können wir tun, um diese Bedingungen für so viele Menschen wie möglich herzustellen bzw. zu erhalten? (Zur Charakteristik dieser beiden Ansätze vgl. Abb. 9)

Abb. 9: Soziale und medizinische Prävention

	Sekundärprävention	Primärprävention
Leitfrage	Wie erkennen wir möglichst früh, daß ein Mensch erkrankt? Was können wir dann dafür tun, um den Krankheitsprozeß zu verlangsamen, zu stoppen oder gar umzukehren?	Unter welchen Bedingungen bleiben Menschen gesund? Was können wir tun, um diese Bedingungen für so viele Menschen wie möglich herzustellen bzw. zu erhalten?
Leitbild	Überwiegend naturwissenschaftlich fundierte Heilung bzw. Therapie des erkrankten Individuums; Immunisierung	Verhütung von Krankheiten durch Minderung von Gesundheitsbelastungen und Vermehrung von Gesundheitsressourcen
Gesundheitsbegriff	Negativ: Abwesenheit von Funktionsstörungen, oft zusätzlich eingeengt durch die Forderung naturwissenschaftlicher Meßbarkeit	Positiv: Nach oben hin offener (utopischer) Gesundheitsbegriff, als Vision vom 'guten Leben'
Wissenschaftliche und praktische Paradigmata	Impfung gegen bzw. Heilung von Infektionskrankheiten, Verbesserung von Therapiechancen durch möglichst frühzeitige Diagnose; Chirurgie	Sieg über Infektionskrankheiten durch Veränderungen von Lebenslagen und Lebensweisen; Unfallverhütung; Entstehung von und Intervention bei psychisch manifestierten Leiden
Ausgangs- und Zielpunkt der Interventionen	Organismus des Individuums; Lebensweise	Lebenswelt von Individuen und Gruppen; Lebensweise
Theoretische Grundpositionen	Krankheit vorwiegend als Störung organischer Stoffwechselforgänge, z.T. als Defekte, z.T. als Ungleichgewichte interpretiert; Streß	Krankheiten als Störung des Gleichgewichts Gesundheitsbelastungen und -ressourcen (sozial und individuell); Labeling, Drift, Verhaltensmuster, Life-Event, Verschleiß, Streß
Zusammenhang zwischen Erkrankungsbedingungen (Noxen) und Erkrankungen	Überwiegend Spezifität ('eine Ursache - eine Wirkung') und Lokalismus ('einzelne gestörte Struktur oder Funktion')	Eher Unspezifität ('wenn - dann'- Beziehungen nach beiden Seiten hin offen, Freiheitsgrade) und systemische Verursachung (multifaktoriell, Regelkreise zwischen Belastungen. Ressourcen und Bewältigungsverhalten)
Diagnoseinstrumente	Überwiegend technische Abbildung und Messung von Körperfunktionen, z.T. auch Sozialanamnese	Primär Analyse technisch-organisatorischer und sozialer Verhältnisse von Gruppen in ihrer direkten und/oder indirekten (verhaltensprägenden) gesundheitlichen Wirkung; psychologische Verfahren
Treffericherheit der Diagnosen/prädiktiver Wert	Steigt	Steigt
Verhältnis Diagnose/ Krankheitsverhütung	Die Schere zwischen diagnostischen Möglichkeiten (Früherkennung) und therapeutischen bzw. erkrankungsverhütenden Fähigkeiten der Medizin öffnet sich sehr rasch	Die Verminderung als gesundheitsriskant identifizierter Belastungs-/Ressourcen-Konstellationen stößt auf vielfältige Widerstände, Der Abstand zwischen Diagnose und Intervention wächst
Eingriffspunkte der Prävention/Therapie	Überwiegend technische Interventionen in Organe, Zellen, Moleküle; Risikofaktoren; Psyche; Verhaltensbeeinflussung; Patientenaktivierung	Technisch-organisatorisch und sozial definierte Risikokonstellationen (Verhältnisprävention); soziale Bewältigungskapazitäten in Familie, Nachbarschaft und Gemeinde (Gesundheitsförderung); gesundheits-riskantes Verhalten (Verhaltensprävention); Aktivierung von Betroffenenkompetenz
Erfolge/Mißerfolge	Zum Teil unzweifelhaft, z.T. unerforscht, z.T. strittig; Meßprobleme	Zum Teil unzweifelhaft, z.T. unerforscht, z.T. strittig; Meßproblem.
Soziale bzw. institutionelle Gestalt	Medizinsystem, Steuerungsversuche durch Staat, Krankenkassen etc.	Fragmentiert in zahlreichen Politikfeldern (z.B. Arbeit, Umwelt) z.T. ohne expliziten Bezug zum Gesundheitsziel; Gesundheitsbewegungen
Entwicklungsbedingungen	Zahlreiche Innovationen vom Typ 'technology push' in Verbindung mit organisierten Professionsinteressen; Angebot- und Nachfragesteuerung quantitativ und qualitativ problematisch, vermehrte Verteilungskonflikte	Zahlreiche politische, wirtschaftliche und kulturelle Umsetzungshindernisse; wachsender Problemlösungsdruck aus neuen und alten sozialen Bewegungen; wissenschaftliche Fundierung durch 'New Public Health'; ungelöste Probleme der Steuerung und Verallgemeinerung

Abgesehen von Kernbereichen, in denen der gesundheitliche Nutzen möglichst die gesamte Zielpopulation erreichender Früherkennungsuntersuchungen unstrittig ist (Säuglinge und Kleinkinder, Frauen in bestimmten Altersgruppen auf Cervix- und Mamma-Karzinom), variiert wegen der relativ großen Unsicherheiten in beiden Konzepten der Einsatz dieser unterschiedlichen Präventionsansätze international und im Zeitablauf in erster Linie in Abhängigkeit von der gesundheitspolitischen Steuerung (*politics*). In der Bundesrepublik ist seit Beginn der siebziger Jahre das weltweit umfangreichste Angebot auf bevölkerungsweite medizinische Früherkennungsuntersuchungen (*Screenings*; in den fünfziger Jahren als Vorsichtsuntersuchungen, später als Früherkennung, Vorsorge, Gesundenuntersuchung und seit der Novellierung des SGB V als Gesundheitsuntersuchungen bezeichnet) gewachsen. Die gegenwärtig angebotenen Programme erfüllen teilweise nicht die von der WHO bereits 1971 kodifizierten Regeln und Kriterien der Effektivität und Effizienz für die Einführung von Screenings (Wilson/Jungner 1971).

Dies verdankt sich der Konstellation nahezu bevölkerungsweiter Finanzierung aller medizinisch für zweckmäßig gehaltenen Leistungen durch die GKV bei gleichzeitig weitgehender Definition des Zweckmäßigen durch die an Markt- und Einflußerweiterung interessierten Repräsentanten der (Kassen-) Ärzteschaft, die sich ihrerseits einem beständig wachsenden und im einzelnen oft nicht mehr abschätzbaren Angebot von Diagnose-Technologien gegenüberstehen. Ausreichende Kosten-Wirksamkeits-Abschätzungen vor der Inangangsetzung dieser Programme sind ebenso die Ausnahme wie epidemiologisch aussagefähige Evaluationen der Durchführung.

Im Ergebnis dieser gesundheitspolitischen Fehlsteuerung werden zentrale Faktoren der Effektivität und Effizienz der medizinischen Früherkennungsprogramme deshalb oft nicht oder nicht hinreichend beachtet. Folgende Typische Fehleinschätzungen und Defizite lassen sich feststellen (Abholz 1988; Abholz 1990; Holland/Stewart 1990):

- a) Die wachsende Kluft zwischen den diagnostischen Möglichkeiten und den therapeutischen Fähigkeiten der Medizin bleibt außer Betracht. Vor allem im Zuge der schnellen Entwicklung der Medizintechnik können immer mehr Befunde bei symptomlosen und beschwerdefreien Menschen erhoben werden, aus denen zwar die Schlußfolgerung der erhöhten Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung, jedoch keine medizinisch-therapeutischen Konsequenzen gezogen werden können. Das gilt z. B. für die Stenosen der Herzkranzgefäße, erhöhte Leberwerte etc.
- b) Beim Screening auf im (meist zwar symptom-, nicht aber befundlosen) Frühstadium tatsächlich erfolgreicher zu behandelnde Krankheiten wird häufig übersehen, daß gerade die besonders betroffenen Gruppen bzw. Schichten Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen reiner 'Komm-Strukturen' besonders wenig in Anspruch nehmen. Das Cervix-Karzinom z.B. tritt in den unteren Sozialschichten signifikant häufiger auf. Diese Schichten sind bei der ohnehin geringen Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen auf Krebs zugleich deutlich unterrepräsentiert.

- c) Der Behandlungserfolg wird oft systematisch überschätzt. Der Erfolg von Krebstherapien wird z.B. meist mit dem Anteil der Überlebenden fünf Jahre nach der Diagnose gemessen. Wird durch Screenings der Diagnosezeitpunkt vorverlegt, so steigt diese Rate auch dann, wenn mit der aus der Früherkennung folgenden Therapie kein einziges Lebensjahr gewonnen wird. Dieses statistische Artefakt führte z.B. in den USA lange Jahre zu einer erheblichen Überschätzung der Wirksamkeit von Programmen der Früherkennung und -behandlung des Lungenkrebses.
- d) Auch methodisch haltbare Wirksamkeitsabschätzungen beruhen oft auf Studien, die unter atypischen Bedingungen (z.B. in der Klinik, mit besonders hoch motivierten und dauernd kontrollierten Teilnehmern) durchgeführt wurden. Demgegenüber ist aber der Behandlungserfolg in der alltäglichen Praxis, z.B. durch die geringe Verlässlichkeit dauernder Einnahme blutdrucksenkender oder blutzuckersenkender Medikamente, erheblich geringer.
- e) Es wird übersehen, daß bei der medizinischen Fahndung auf relativ seltene Krankheiten in großen Bevölkerungsgruppen in der Regel eine Fülle von Fehldiagnosen anfällt, die dann z.T. nur durch aufwendige Zusatzdiagnosen, z.T. auch überhaupt nicht korrigiert werden können und dann falsche Behandlungen nach sich ziehen. Beim Ruhe-EKG in der Gruppe der 25- bis 60Jährigen bleiben z.B. 50 % der tatsächlich asymptomatischen Herzkranken unentdeckt. Auf der anderen Seite findet sich unter 20 so ermittelten Risikoträgern ein wirklich behandelbarer Kranker, d.h. 19 von 20 Befunden sind 'falsch-positiv'. Bei weitergehender Diagnostik kann das Verhältnis zwischen richtig-positiven und falsch-positiven bestenfalls auf 1:1 abgesenkt werden.
- f) Der medizinische und organisatorische Aufwand für die Auffindung eines Krankheitsfalles wird unterschätzt: nach optimistischen Studien müssen z.B. 1.000 Frauen über 10 Jahre an Röntgenuntersuchungen teilnehmen, um durch im Einzelfall frühzeitiger einsetzende Behandlung ein bis zwei Operationen des Mamma-Karzinoms rechtzeitig vornehmen zu können.
- g) Es wird übersehen, daß bei Behandlungsprogrammen als Folge von Screenings häufig die weit überwiegende Mehrzahl der TeilnehmerInnen auch ohne die Behandlung nicht erkrankt wäre, aber mit der Behandlung auch das Risiko unerwünschter (z.B. Arzneimittel-) Wirkungen zu tragen hat. Bei der medikamentösen Senkung von zu hohem Cholesterin müssen z.B. 1.000 symptomlose und beschwerdefreie Menschen sieben Jahre mit Cholestyramin (Fettsenker) behandelt werden, um die Anzahl der Herzinfarkte/Schlaganfälle in dieser Gruppe von 98 (ohne Behandlung) auf 81 (trotz Behandlung) zu senken. Anders formuliert: 98,3 % der gesamten Gruppe wird 'umsonst' (d.h. ohne gesundheitlichen Gewinn) behandelt.
- h) Es wird angenommen, daß die mit der Früherkennungsuntersuchung unabhängig von einer Therapie verbundene ärztliche Beratung einen günstigen Einfluß auf gesundheitsgerechte Lebensführung ausübt, weil der Patient bei dieser Gelegenheit besonders intensiv mit den

Gesundheits- und Lebensrisiken seiner Lebenswelt konfrontiert wird. Es konnte bislang nicht gezeigt werden, daß mit der ärztlichen, im Vergleich mit anderen Formen und Beteiligten der Beratung überlegene und zeitstabilere Erfolge bei der Risikosenkung durch Verhaltensänderung zu erzielen sind. Auch für Aktivierung im Sinne unspezifischer Gesundheitsförderung scheinen gruppenförmig organisierte und weniger hierarchische Settings bessere Voraussetzungen zu bieten als die Arzt-Patienten-Situation.

- i) Es wird übersehen, daß z.B. in der Bundesrepublik Deutschland auch ohne Screening-Programme ca. 90 % der Bevölkerung mindestens einmal pro Jahr einen Arzt aufsuchen. Durch sorgfältige Anamnese bei diesen Gelegenheiten wäre ein hinreichend früher Beginn medizinischer Behandlung durchweg gewährleistet. Es ist nicht zu sehen, daß durch Früherkennungsprogramme, die in Komm-Strukturen stattfinden, in größerem Umfang Menschen erreicht werden können, die auch sonst nicht zum Arzt gehen.
- j) Die Kosten der Verhinderung von Krankheitsereignissen infolge von Früherkennungsprogrammen werden häufig nicht beachtet. So kostet die Verhinderung eines Falles von inoperablem Mamma-Karzinom durch Früherkennung ca. 400.000 US\$, die Verhütung eines Herzinfarkts/Schlaganfalls durch Screening und Dauermedikation der Risikoträger mit Cholestyramin 2 Millionen US\$. Ein Kosten-Wirksamkeits-Vergleich mit alternativen Verwendungsmöglichkeiten für die Prävention unterbleibt.

Im Vergleich zu den restriktiven Bedingungen, auf die die Programmierung und Durchsetzung von Projekten der Primärprävention trifft (vgl. oben, 3.2.5), zeigt sich, daß die gesundheitspolitische Regulierung (Zulassung, Aufgabenzuweisung, Finanzierung) für die Frage der Durchführung gesundheitsbezogener Programme eine erheblich größere Rolle spielt als die Frage der absehbaren bzw. erwiesenen Effektivität und Effizienz der Intervention. Bezogen auf das Ziel 'Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten' liegen der Primär- und der Sekundärprävention in der Bundesrepublik unterschiedliche Maßstäbe der Risikoabschätzung und Nutzenerwartung zugrunde (Abholz 1988; für die USA ähnlich vgl. Himmelstein/Woolhandler 1984). Während in der internationalen Diskussion seit Jahren zu einem eher restriktiven Umgang mit neuen Früherkennungsprogrammen und insbesondere zu einer sorgfältigen epidemiologischen Abschätzung vor Inangsetzung geraten wird (Holland/Stewart 1990; Doll 1988), wurde in der Bundesrepublik 1989 mit der Einführung einer alle zwei Jahre empfohlenen Check-up-Untersuchung für alle Versicherten ab dem 35. Lebensjahr ein gegenläufiges Signal gesetzt, dessen Kosten von Experten auf jährlich ca. 600 Millionen DM (ohne Behandlungskosten) geschätzt werden und dessen gesundheitliche Wirkungen ungewiß sind (Abholz 1990). Ein wenig beachtetes Problem besteht in diesem Zusammenhang darin, daß einmal eingeführte Screenings wegen ihres hohen sozialpolitischen Symbolwerts auch dann nur sehr schwer wieder abgeschafft werden können, wenn sich ihre epidemiologische Unwirksamkeit erwiesen hat.

Zusammengefaßt kann festgehalten werden, daß das gesundheitspolitische Gewicht der Sekundärprävention sowie die dafür aufgewendeten Ressourcen weniger einer rationalen policy

entsprechen, sondern wesentlich das Produkt des hohen Einflusses v.a. der organisierten Kassenärzte und des „medizinisch-industriellen Komplexes“ (Relman 1980) auf Problem- und Maßnahmendefinition der Gesundheitspolitik sind (*politics*).

3.4 Krankenversorgung (Tertiärprävention)

In diesem Abschnitt soll ein Überblick über Struktur und Größe der Leistungen und der Leistungsproduzenten in der Krankenversorgung, über ihre Steuerung und Finanzierung durch die GKV (und die Pflegeversicherung) gegeben werden. Diskutiert werden die Probleme steigender Beitragssätze, der „Kostenexplosion“ und der weiteren Entwicklung der Krankenkassen.

Organisation und Finanzierung der „Krankenhilfe“ (so der gesetzliche Terminus) bilden den Kern der expliziten Gesundheitspolitik, wie sie sich im Zuge der Industrialisierung als Teil der Sozialpolitik entwickelt hat (vgl. oben 2.1).

Die Aufgabendefinition der Gesetzlichen Krankenversicherung bezog sich ursprünglich auf einen engen und arztzentrierten Krankheitsbegriff, dem die Vorstellung der Akuterkrankung bzw. des Unfalls zugrunde lag und der strikt funktional auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gerichtet war.

„Unter Krankheit“ - so die in Jahrzehnten gefestigte Sozialrechtsprechung - „ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand zu verstehen, der entweder lediglich die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung oder zugleich (in Ausnahmefällen auch allein) Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“. Im Falle der Erkrankung haben die Versicherten Anspruch auf alle Leistungen für eine „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung“ (u. a. § 12 SGB V).

3.4.1 Organisation und Finanzierung des Krankenversorgungssystems

Im Zuge der Erweiterung des Versichertenkreises, der Verschiebungen des Krankheitspanoramas und des demographischen Wandels (vgl. oben 2.3.) sowie auf Basis eines sich erweiternden Verständnisses von Gesundheit und Krankheit entspricht dieser historische Aufgabenzuschnitt immer weniger den qualitativen Anforderungen, wie sie vor allem von der Sozialmedizin formuliert werden. Heute soll das Krankenversorgungssystem auf dem Kontinuum gesundheitspolitisch zu steuernder Interventionsfelder (vgl. oben 1.1, Abb. 1) die Teilaufgabe wahrnehmen, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Funktionseinbußen so früh wie therapeutisch sinnvoll zu ermitteln und unter gleichrangiger Beachtung von Autonomie, Individualität und Lebensqualität der Patienten mit dem Ziel der Heilung (*restitutio ad integrum*) oder der Verhütung bzw. Verlangsamung der Progredienz zu therapieren. Dies umfaßt medizinische, psychische und soziale Hilfe zur Krankheitsbewältigung (Tertiärprävention).

Ein großer Teil der Steuerungsprobleme der Krankenversorgung ist auf die Schwierigkeiten zurückzuführen, die gewachsenen institutionellen Strukturen, professionellen Arbeitsteilungen und Anreizsysteme an die säkular veränderte Herausforderung der chronisch-degenerativen Erkrankungen anzupassen.

Historische und international vergleichende Untersuchungen stimmen darin überein, daß Quantität und Qualität medizinischer Leistungen sowie Unterschiede in der Organisation des Medizinsystems nur einen Bruchteil der Veränderungen in Morbidität und Mortalität erklären (Dubos 1959; Powles 1973; Taylor 1979; McKeown 1982; McKinlay et al. 1983, Marmot et al. 1987), jedoch entscheidend auf den Grad der Versorgung und die Chancen der Bewältigung - und damit auf die Minderung von Leid - einwirken. Der Zugang zu medizinischer Versorgung und Hilfe ist zu einem zentralen Symbol für den Zivilisationsstand von Gesellschaften geworden.

Wie in allen industrialisierten Ländern hat sich in Deutschland mit dem Krankenversorgungssystem (oft synonym: Medizinsystem, Gesundheitswesen) ein hoch komplexer Bereich herausgebildet, der im Vergleich vor allem durch sein beständiges Wachstum bei hoher Strukturkontinuität ('Reformblockaden', Rosewitz/Webber 1990) auffällt.

Die im Bereich der Krankenversorgung zu lösenden gesundheitspolitischen Steuerungsprobleme (*policy*) lassen sich unter drei Leitfragen zusammenfassen:

1. Sind die Institutionen, Qualifikationen und Anreizsysteme so beschaffen, daß möglichst jeder Mensch mit Gesundheitsproblemen zum richtigen Zeitpunkt in das richtige (Teil-)System gelangt? (Steuerungsziel: Zugangsrationalität)
2. Gewährleisten Institutionen, Qualifikationen und Anreizsysteme in der Krankenversorgung, daß möglichst jeder Mensch eine kontinuierliche, integrierte, auf seine Individualität und auf seine soziale Lage zugeschnittene Versorgung seiner Gesundheitsprobleme erfährt? (Steuerungsziele: Systemqualität; Effektivität; Versorgungsqualität)
3. Werden die als notwendig erachteten Leistungen der Krankenversorgung mit möglichst wenig professioneller Intervention und möglichst kostengünstig erbracht? (Steuerungsziele: Effizienz; Finanzierbarkeit)

Steuerungsversuche beschränken sich allerdings zumeist auf das zweite Teilziel des dritten Zielbündels bzw. nehmen Probleme aus den ersten beiden Zielbereichen primär unter der Logik von Ausgaben und Kosten wahr. Die damit verbundene Konzentration der Politik auf das abgeleitete (sekundäre) Steuerungsziel 'Beitragssatz-Stabilität' hat keine gesundheitspolitischen Gründe. Zum einen sind die Krankenversicherungsbeiträge Bestandteil der vom Arbeitgeber zu kalkulierenden Bruttolohnkosten und damit Gegenstand der Verteilungsauseinandersetzungen zwischen Kapital und Arbeit. Zum anderen gehört im gegebenen Institutions- und Regulierungsgefüge die Steuerung kurzfristig in Geld ausdrückbarer Größen zum politischen Standardrepertoire, während Qualität und Rationalität erheblich schwieriger zu beeinflussen sind.

Der folgende Überblick über Größe und Dynamik der Krankenversorgung und ihrer Subsysteme soll das Ausmaß und die Komplexität der Steuerungsaufgaben verdeutlichen. Im Hin-

blick auf die Steuerung gab es in der Bundesrepublik Deutschland seit ihrer Entstehung einen Konsens darüber, daß gesundheitspolitisch erwünschte Steuerungsergebnisse weder allein vom Staat noch vom Markt erzielt werden können.

Weniger als auf Märkten für andere Güter und Dienstleistungen nämlich lassen sich die damit verbundenen Aufgaben durch die Entfaltung des wirtschaftlichen Eigennutzes aller Beteiligten lösen, sondern erfordern eine eigene Versorgungs- und Steuerungslogik: denn das Angebot bzw. die Produktion von Gesundheitsgütern sollen nicht maximiert werden, sondern zweckmäßig und ausreichend sein.

Auch sind nicht Innovationen um jeden Preis gefragt, sondern nur solche, die die Qualität der Versorgung verbessern oder die Kosten ohne Qualitätsverlust senken. Der Zugang zu und die Verteilung von Gütern und Leistungen der Krankenversorgung schließlich kann aus drei Gründen nicht zweckmäßig nach kaufkräftiger Nachfrage geregelt werden:

- Zum einen gibt es auf diesem Gebiet keine hinreichend orientierende Konsumentensouveränität und kann es auch - unabhängig vom richtigen Leitbild der/des an seiner/ihrer Gesundheitssicherung bzw. Krankheitsbewältigung aktiv mitarbeitenden „mündigen PatientIn“ - nicht geben. Im Zweifel definiert der Arzt den Bedarf und damit zugleich die Nachfrage nach seinen Leistungen.
- Zum zweiten befindet sich der Nachfragende im Augenblick der Nachfrage (Krankheit) häufig bis regelmäßig in einer Situation, in der ihm aktive Marktforschung nach geeigneten Leistungen und Anbietern sowie Aushandlung von Leistungen und Preisen nicht zugemutet werden können und sollen.

Diese beiden Faktoren lassen bei individuell gesteuertem Nachfrageverhalten ein starkes, inverses (man kann auch sagen: perverses) Preissignal entstehen, durch welches Nachfrageentscheidungen unter Ungewißheit nach dem wenig gesundheitsgerechten, sehr wohl aber umsatz- und gewinnträchtigen Motto erfolgen: „Was gut ist, muß auch teuer sein“ bzw. nach dem Umkehrschluß: „Das Teuerste ist auch das Beste“. Dies ist von besonderem Gewicht, weil - viel stärker als bei anderen Dienstleistungen - der Arzt in der Lage ist, den Behandlungsbedarf (und damit die Kosten) selbst und weitgehend unkontrollierbar zu definieren.

Am schwersten freilich wiegt das dritte Argument gegen die Marktsteuerung

- durch Entfaltung individueller Nachfrage: im Durchschnitt haben diejenigen Menschen den größten Bedarf nach Versorgungsleistungen, die über die geringsten Ressourcen verfügen (Evans 1997).

Aus alledem folgt, daß Entscheidungen über Innovationen, Produktion, Versorgungsstrukturen, Mengen und Preise in der Krankenversorgung nicht wie auf anderen Gütermärkten im Wege individuell konkurrierender Suchprozesse nach dem jeweiligen ökonomischen Nutzenmaximum (von Versicherten, Patienten, Leistungsproduzenten und Versicherungen) getroffen werden können, sondern in der sozialstaatlichen Demokratie (Artikel 20 des Grundgesetzes) der politischen Steuerung nach sozialen und gesundheitlichen Kriterien zu unterwerfen sind.

Zunächst also ein Überblick über die Leistungsproduzenten in der Krankenversorgung:

Circa 112.700 niedergelassene Ärzte (alle Zahlen: 1995 bzw. 1996; wichtigste Quelle: BMG 1997), darunter rund 30.000 Allgemeinmediziner, ca. 7.500 Praktische Ärzte und rund 16.000 Internisten, sowie darüber hinaus ca. 41.000 niedergelassene Zahnärzte bilden ein - regional sehr unterschiedlich - dichtes Netz der ärztlichen ambulanten Primär- und Sekundärversorgung, das in rund 535 Mio. Abrechnungsfällen pro Jahr in Anspruch genommen wird. Arztdichte und Arzteinkommen liegen in der Bundesrepublik auch nach den Niederlassungssperren und Verteilungsverlusten in der zweiten Hälfte der 90er Jahre weit über dem internationalen Durchschnitt.

Die Praxen sind Kleinbetriebe mit durchschnittlich ca. 5 Beschäftigten, nur weniger als jeder dritte ambulant tätige Arzt arbeitet in einer Gemeinschaftspraxis. Die Praxen bilden nicht nur die Eingangspforte in die Krankenversorgung (*gate keeper*), sondern sind auch die Verteilungszentrale für das Leistungsgeschehen. Die Praxen der niedergelassenen Ärzte erbringen in der ambulanten Versorgung Leistungen im Gegenwert von ca. 40 Mrd. DM (zusätzlich Zahnärzte: ca. 15 Mrd. DM) und veranlassen Leistungen etwa in Höhe des Vierfachen dieser Summe.

Die jährlich ca. 970 Mill. Arzneiverordnungen im Umsatzwerte von ca. 33 Mrd. DM können in ca. 21.000 Apotheken eingelöst werden, die über eine wirtschaftlich hochkonzentrierte Großhandelsbranche von ca. 1.000 durchweg weit überdurchschnittlich profitablen Pharmaherstellern beliefert werden. Für etwa 18,4 Mrd. DM werden Heil- und Hilfsmittel verordnet, die überwiegend aus handwerklichen bzw. kleinen Dienstleistungsbetrieben, zum Teil aber auch aus der großen Industrie stammen.

Nicht-ärztliche Therapien (Psychotherapie, Krankengymnastik etc.) werden nur zum (in den letzten Jahren abnehmendem) Teil und nur auf ärztliche Verordnung von den Kassen finanziert.

Seit Beginn der 70er Jahre wurde in der alten Bundesrepublik - überwiegend unter der Regie der Wohlfahrtsverbände - ein Netz von Sozialstationen aufgebaut. Ursprünglich sollten Sozialstationen v.a. der Entlastung der Krankenhäuser durch Verminderung stationärer Behandlung dienen, die Kapazitäten werden aber überwiegend für die ambulante Altenversorgung benötigt.

Mit starkem Auftrieb seit der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung (vgl. unten, 3.4.1) ein Pflegemarkt in Deutschland entstanden (Gerste/Rehbein 1998; auf die Altenpflege bezogen vgl. Schölkopf 1998). Die insgesamt weit über zugelassenen 20.000 ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflegeeinrichtungen werden ca. zur Hälfte von freigemeinnützigen, zu ca. 40 % von gewinnwirtschaftlichen und zu knapp 10 % von staatlichen Trägern betrieben. Der Anteil gewinnwirtschaftlicher Einrichtungen nimmt zu. Allein die ca. 8.000 vollstationären Einrichtungen verfügen über 600.000 Pflegeplätze. ca. 1,1 Mio. Menschen haben

zu Hause regelmäßigen Pflegebedarf (Schneekloth/Potthoff 1993). Hochrechnungen ergaben, daß im vollstationären Bereich ca. 380.000 und im ambulanten Bereich ca. 150.000 Personen - mit hohem Anteil Teilzeitbeschäftigter - berufstätig sind. Während im ambulanten Bereich ca. 72 % der Beschäftigten eine Ausbildung als Pflegekraft haben, ist dieser Anteil im stationären Bereich - u.a. wegen des hohen Anteils an Hauswirtschaftspersonal und einer größeren Anzahl von Zivildienstleistenden - geringer.

Die Vergütung erfolgt häufig aus verschiedenen Quellen:

- Pflegeversicherung,
- Krankenversicherung,
- Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG)
- Beihilfen,
- privat
- etc.

und differenziert nach verschiedenen Pflegearten und Intensitäten.

In einigen Bundesländern wird auf Stundenbasis bezahlt, in anderen nach Leistungskomplexen. Anforderungen an eine qualifizierte Pflege und die durch die Finanzierung gesetzten Grenzen und Anreize fallen oft auseinander, wodurch die Qualität gefährdet wird (vgl. Moers 1995; Majer 1992).

In der Perspektive einer gemeindebezogenen Prävention (vgl. oben 3.2.4.2) kommen auf die ambulante Pflege neue Aufgaben zu (Rosenbrock 1998a), deren Umfang heute ebensowenig abgeschätzt werden können (vgl. unten 3.4.3.1) wie die Bedingungen ihrer Realisierung (vgl. oben 3.2.5). An die Entwicklung der Pflegewissenschaft (Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994) werden hier hohe Erwartungen geknüpft.

Nach beträchtlichen Reduktionen gibt es in Deutschland 1996 noch ca. 594.000 Betten in ca. 2.269 Krankenhäusern sowie ca. 1.370 stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit ca. 160.000 Betten. Die Gesamtzahl der Betten sank von ca. 912.000 im Jahre 1975 auf ca. 791.000 im Jahre 1995. Während die Zahl der stationären Behandlungsfälle in diesem Zeitraum von ca. 10 Mio. auf ca. 14 Mio. pro Jahr stieg, sank die durchschnittliche Verweildauer (Pflegetage) von 22,0 Tagen auf 14,2 Tage, in den Allgemeinen Krankenhäusern auf 11,4 Tage.

Etwa die Hälfte der Krankenhäuser befindet sich in staatlichem (meist kommunalem), ein Drittel in gemeinnützigem und ein Sechstel in privatem Besitz. Gewinnwirtschaftliche Krankenhäuser begrenzen ihr Leistungsangebot häufig auf wenige standardisierbare Behandlungsarten, die sie dann kostengünstiger (und zum Teil auch qualitativ besser) erbringen können. Dadurch verschlechtert sich die Kalkulationsbasis der allgemeinen, z.B. kommunalen Krankenhäuser, die nach wie vor die gesamte Palette an Leistungen und die dafür notwendige Infrastruktur vorhalten müssen, ohne an der Kostenersparnis durch größere Fallzahlen teilhaben zu können. Vor allem im Bereich spezialisierter Krankenhäuser mit standardisierbaren Lei-

stungen nimmt der Anteil der privaten Eigentümer beständig zu. Die Krankenhausbetten sind bei einem Auslastungsgrad von rund 80 % ca. 174 Mill. Tage pro Jahr belegt.

In Krankenhäusern arbeiten in Deutschland ca. 1.051.000 Menschen (entspricht ca. 888.000 Vollzeitkräften), in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ca. 199.000 Menschen, darunter insgesamt ca. 109.000 ÄrztInnen, 535.000 Krankenschwestern und Pfleger, dazu ca. 176.000 Fachkräfte im medizinisch-technischen Dienst und ca. 100.000 in patientenbezogenen Funktionsdiensten. Durch die beständige Vermehrung des Technikeinsatzes geht der direkt patientenzugewandte Anteil an Personal und Einsatzzeit beständig zurück (vgl. auch unten 3.4.3.4).

Insgesamt arbeiteten 1995 in der Krankenversorgung in Deutschland knapp 2 Mio. Menschen, darunter als größte Gruppen ca. 878.000 Krankenschwestern, -pfleger und HelferInnen sowie ca. 460.000 Sprechstundenhilfen. Zusammen mit den Handwerkszweigen und Industriebranchen, die direkt Güter für die Krankenversorgung produzieren, stellt die Krankenversorgung eine der größten Wirtschaftsbranchen der Volkswirtschaft dar. Da Krankenversorgung als personenbezogene Dienstleistung nicht im gleichen Maße der Rationalisierung durch vermehrten Technikeinsatz zugänglich ist wie die industrialisierte Produktion von Gütern, ist es unvermeidbar, daß die Kosten der Krankenversorgung relativ schneller steigen bzw. relativ langsamer sinken als die Kosten anderer Güter und Waren.

Wie nun werden alle diese Leistungen gesteuert und finanziert?

Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist das Steuerungszentrum dieses Leistungsgeschehens. Sie versichert ca. 90 % der Wohnbevölkerung und wendete dafür im Jahre 1996 rund 270 Mrd. DM (1994: ca. 225 Mrd. DM) auf. Sie kommt damit für rund die Hälfte aller nach der Definition des Statistischen Bundesamtes explizit für 'Gesundheit' aufgewendeten Mittel auf (1994: ca. 470 Mrd. DM, davon insgesamt ca. 275 Mrd. für Krankenbehandlung). Der Rest der Finanzierung kommt von Institutionen bzw. aus Quellen, die einen weitaus geringeren Einfluß auf die Strukturen und Prozesse der Krankenversorgung haben:

Zu nennen sind die

- gewinnwirtschaftlichen Unternehmen der privaten Krankenversicherung mit ca. 7,0 Mill. Vollversicherten (1996: ca. 21,3 Mrd. DM Umsatz; 1975: 4,2 Mio. Vollversicherte, vgl. oben 2.2.1)
- sowie jene Krankenversorgungsleistungen, die durch die gesetzliche Rentenversicherung (GRV: v.a. Rehabilitation sowie Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrenten 1994: ca. 35,9 Mrd. DM),
- die gesetzliche Unfallversicherung (GUV, Berufsgenossenschaften: v.a. Berufskrankheiten und Rehabilitation einschl. Renten, 1994: ca. 15,4 Mrd. DM), die
- öffentlichen Haushalte (Investitionen in Krankenhäuser, „Beihilfe“ für Beamte, andere Zuschüsse: 1994 ca. 63 Mrd. DM),
- die Arbeitgeber (v.a. Lohnfortzahlung; 1994: ca. 69,1 Mrd. DM) und die
- privaten Haushalte (v.a. Direktzahlungen/„Selbstbeteiligung“; 1994: ca. 36,3 Mrd. DM)

finanziert und zum Teil selbst erbracht werden.

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt liegt nach der internationalen Vergleichen zugrundeliegenden Definition der OECD (die im Gegensatz zum Statistischen Bundesamt keine Lohnersatzleistungen berücksichtigt) nach dem politisch gewollten und teuren Modernisierungsschub der Krankenversorgung Anfang der siebziger Jahre mit nur geringen Schwankungen bei knapp 9 %. Im internationalen Vergleich bedeutet dies einen Platz im Mittelfeld (USA, marktwirtschaftlich organisiert: Circa 14 %; Großbritannien, staatlich organisiert: ca. 6%). Der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttosozialprodukt liegt seit über 20 Jahren ziemlich konstant bei knapp sechs Prozent. Eine Kosten“explosion“ hat nicht stattgefunden.

Abb. 10 Gesundheitsausgaben und Ausgaben der Krankenkassen in Prozent des Bruttosozialprodukts (alte Bundesländer) 1970 - 1995

Erläuterung: Die Abbildung zeigt, daß seit dem - teuren und politisch gewollten - Modernisierungsschub in der Krankenversorgung zu Beginn der 70er Jahre in der (alten) Bundesrepublik der Anteil sowohl der Gesundheitsausgaben insgesamt als auch der Ausgaben der GKV am Bruttosozialprodukt praktisch konstant geblieben ist.

Wie erklärt sich aber dann, daß der durchschnittliche Betragssatz zwischen 1975 und 1996 von ca. 10,5 % auf ca. 13,5 % gestiegen ist.

Abb. 11: Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in der GKV (in Prozent)

Erläuterung: Nicht primär infolge überproportionaler Kosten- oder Preissteigerungen, sondern v.a. wegen des Sinkens des Anteils der Löhne und Gehälter am Volkseinkommen sind die Beitragssätze zur GKV beständig gestiegen. Die zahlreichen Kostendämpfungsgesetze konnten diesen Trend immer nur kurzfristig unterbrechen. Gesetzlich verordnete Kostensenkungen wurden stets alsbald in erster Linie durch die Findigkeit aller Akteure und zahlreiche Ausnahmeregelungen aufgezehrt.

Zunächst einmal zeigt Abb. 11, daß jedes der seit 1977 beschlossene Kostendämpfungsgesetz zumindest kurzfristig Wirkung erzielt hat, dann aber - mit einer Verzögerung von ca. 2 Jahren - neue Kostensteigerungen eintraten. Dies verweist zu einen auf die „Lernfähigkeit“ der Akteurgruppen (Ärzte, Pharmaindustrie, Krankenhäuser, Versicherte), die jeweils Wege fanden, einen Teil der kostendämpfenden Regelungen zu umgehen. Zum anderen werden meist als Folge solcher Gesetze eine Reihe von - mehr oder weniger gut begründeten - Ausnahmen durchgesetzt bzw. beschlossen, die einen weiteren Teil der intendierten Wirkung aufzehren.

Entscheidend für die Erklärung des scheinbaren Widerspruches zwischen relativ konstanter Anteile der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt und dem Anstieg der Beitragssätze sind aber nicht Faktoren auf der Ausgaben- sondern auf der Einnahmeseite: der Anteil der Einkommen aus unselbständiger Arbeit am Volkseinkommen (und damit die Bezugsgröße für die Beiträge) sinkt seit Anfang der 80er Jahre kontinuierlich (komplementär steigt der Anteil der Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen): Berücksichtigt man den gleichzeitig gestiegenen Anteil der abhängig Beschäftigten an den (selbständig und unselbständig) Er-

werbstätigen, so sank der Anteil der Bruttolöhne und -gehälter von knapp 72 % im Jahrfünft-Durchschnitt 1975/80 auf knapp 66 % im Jahrfünft 1989/93 (Kühn 1995, 1997). Einen wichtigen Faktor der Beitragssteigerungen bildet die wachsende Anzahl von Arbeitslosen: die Bezugsgröße für deren GKV-Beiträge ist ihre gegenüber dem Arbeitseinkommen geringeren Bezüge aus der Arbeitslosenversicherung (die auch ihre GKV-Beiträge bezahlt). Die Einnahmen der GKV werden darüber hinaus durch Maßnahmen der Bundesregierung zur Entlastung anderer Sozialversicherungssysteme geschmälert (vgl. unten, nächster Absatz).

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß im Bereich der Ausgaben für Krankheit und Krankenversorgung eine „Kostenexplosion“ nicht stattgefunden hat. Festzustellen ist dagegen eine zunehmende Erosion der Einnahmen und der Einnahmequellen. Wären in den achtziger Jahren bis heute Beschäftigung und Lohnquote konstant geblieben, so würde der heutige Beitragssatz exakt dem des Jahres 1980 entsprechen (Kühn 1995).

Freilich wäre es verfehlt, aus dieser Analyse der Einnahmeseite den Schluß zu ziehen, als seien auf der Ausgabenseite keine Einsparungen möglich. Das Potential möglicher Einsparungen in der Krankenversorgung ohne Qualitätsverlust wird auf mindestens 10 % der Ausgaben, also mindestens 25 Mrd. DM pro Jahr geschätzt (Schwartz/Busse 1994).

Die Finanzierung der GKV erfolgt durch einen nach Kostendeckungsprinzip für die jeweilige Versichertengemeinschaft kalkulierten Zwangsbeitrag in Höhe eines einheitlichen Prozentsatzes vom Bruttolohn, den das Unternehmen und die Beschäftigten jeweils zur Hälfte tragen und den der Arbeitgeber (bei Sozialeinkommen: der Kostenträger) einbehält, und - wie die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung - an die Versicherungsträger weiterleitet.

Aus Sicht des Unternehmens sind zwar auch die Arbeitgeberbeiträge Bestandteile des Lohns („Arbeitgeberbrutto“), aber die formale Abwicklung der Beiträge als eine je zur Hälfte vom Unternehmen und vom Beschäftigten zu tragende Last hat wichtige psychologische Bedeutung, u.a. für die hohe Wertschätzung der sozialen Sicherungssysteme im Bewußtsein der Bevölkerung (Mau 1997; Roller 1996). Die Einbindung der Unternehmer und der Gewerkschaften in die Verantwortung und Finanzierung bewirkt außerdem, daß sich das Interesse an geringen Lohnnebenkosten (Unternehmen) bzw. hohen Nettolöhnen (Gewerkschaften) in einem gemeinsamen Interesse an effizienter Verwendung der Beiträge und damit in einem Interesse an Kostendämpfung auswirken kann. Da Gewerkschaften und Unternehmen darüber hinaus beide an einer qualitativ zumindest ausreichenden Krankenversorgung der Versicherten, die ja ihre Beschäftigten bzw. Mitglieder sind, interessiert sind, wirkt sich dieses Interesse nicht in Richtung der Akzeptanz von Verschlechterungen der Versorgung zugunsten niedrigerer Beiträge aus.

Oberhalb der Beitragsbemessungs- und Pflichtversicherungsgrenze (in der GKV seit 1998 in den alten Bundesländern monatlich 6.300 DM, in den neuen Bundesländern: 5.250 DM) steigt der Beitrag nicht mehr an. Nicht beschäftigte Familienangehörige sind automatisch und ohne Aufschlag mitversichert. Die Empfänger höherer Einkommen sind damit teilweise vom Soli-

darausgleich freigestellt. Für die Krankenversicherung der Rentner (ca. 40 % der GKV-Ausgaben) gibt es einen kassenartenübergreifenden Finanzausgleich, der alle Kassenarten so stellen soll, als hätten sie den gleichen Anteil an Rentnern unter ihren Versicherten. Die von der Rentenversicherung bezahlten Krankenversicherungsbeiträge der Rentner sind nicht kostendeckend, wodurch die Rentenversicherung entlastet wird. Entlastet wird dadurch der Bundeshaushalt, aus dem qua Gesetz Defizite der Rentenversicherung zu decken sind. Ganz ähnlich verhält es sich mit der Beitragsgestaltung und Zuschußpflichtigkeit der Krankenversicherungsbeiträge für Empfänger von Leistungen aus der Arbeitslosenversicherung. Die bei Arbeitslosen wegen höherer Morbidität (Rosenbrock 1998b) überdurchschnittlich hohen Krankheitskosten der GKV sind durch die von der Bundesanstalt für Arbeit bezahlten Beitragsanteile nicht gedeckt, der Bundesetat wird insoweit entlastet. Der verbleibende Rest der Versorgungsausgaben für Rentner und Arbeitslose wird von der Solidargemeinschaft der GKV-Versicherten aufgebracht.

Als „fünfte Säule“ des deutschen Sozialversicherungssystems (neben Kranken-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung; vgl. oben Kap. 2.) wird seit 1994 die Soziale Pflegeversicherung eingeführt (SGB XI). Sie ist eine vorwiegend finanzpolitische Antwort auf die säkularen Veränderungen des Zusammenlebens in industrialisierten Marktgesellschaften und der gesundheitlichen Problemlagen (vgl. oben 2.3.). Sie stellt keine Lösung für die Steuerung des Bedarfs und des Angebots an Leistungen der Pflege dar (vgl. unten 3.4.3.1) Die Pflegeversicherung wird von den (privaten und GKV-)Kassen verwaltet und hatte 1996 einen Umsatz von rund 23 Mrd. DM. Derzeit erhalten ca. 1,6 Mio. BürgerInnen Leistungen aus der Pflegeversicherung, davon ca. 1,2 Mio. für die häusliche Pflege und ca. 400.000 Menschen für die Pflege in stationären Einrichtungen.

Zur GKV bestehen einige wichtige Unterschiede: die Finanzierung (Beitragssatz 1998: 1,7 % vom Bruttoeinkommen) wird - durch Umwandlung von bezahlten Feiertagen in Arbeitstage - überwiegend von den Versicherten aufgebracht. Die Parität der Beitragsaufteilung zwischen Kapital und Arbeit gilt nur formal, nicht materiell. (Landenberger 1994). Die Leistungen werden nicht wie in der GKV nach Bedarfs-, sondern nach dem Budget-Prinzip zugeteilt (fixe Summen je nach Fall und Pflegestufen; Einstufung durch Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen) (Rothgang 1996).

Rund ein Viertel der AntragstellerInnen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung wird als „nicht erheblich pflegebedürftig“ abschlägig beschieden. In der **ambulant** Pflege erhielten im Jahre 1996/97

- ca. 44 % der EmpfängerInnen Leistungen nach Pflegestufe I (400 DM Pflegegeld oder Sachleistungen bis 750 DM pro Monat),
- ebenfalls 44 % nach Pflegestufe II (800 DM bzw. bis 1 800 DM) und
- 13 % nach Pflegestufe III (1 300 DM bzw. bis 2 800 DM).

In der **stationären Pflege** zahlte die Pflegeversicherung für

- 29 % der EmpfängerInnen Leistungen nach Pflegestufe I (2.000 DM pro Monat),
- 42 % nach Pflegestufe II (2.500 DM) und
- 29 % nach Pflegestufe III (2.800 DM).

Hinzu kommen noch einige tausend Härtefälle bei Schwerstpflegebedürftigkeit. Die Versicherten können bei ambulanter Pflege selbst zwischen Sach- und Barleistungen entscheiden. Aus sehr unterschiedlichen Motiven (Evers 1997) bevorzugen derzeit rund

- 84 % der EmpfängerInnen Barleistungen (Pflegegeld) und rund
- 16 % Sachleistungen (Kombinationen zwischen Bar- und Sachleistungen sind eingerechnet).

Finanzpolitisch entlastet die Pflegeversicherung vorwiegend die Kommunen, da die Empfänger vorher überwiegend aus der Sozialhilfe, die nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) von den Gemeinden zu tragen ist, unterstützt wurden. Die Chance, über den Aufbau der Finanzierung der Pflege hinaus auch die v.a. ambulanten Versorgungsstrukturen (Medizin, Pflege, Sozialarbeit) neu zu gestalten, wurde kaum genutzt. Ebenso bleibt die Möglichkeit ungenutzt, den Aufbau dieses neuen Sicherungssystems zum Anlaß einer Neubestimmung der Aufgaben der Pflege zu nehmen (vgl. u.a. unten, 3.4.3.1). Hier liegen große konzeptionelle und anleitende Aufgaben für die Pflegewissenschaft.

Im Verhältnis zwischen den Kassenarten haben die Ersatzkassen in den letzten Jahrzehnten ihren Anteil erheblich steigern können, überwiegend auf Kosten des Anteils der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK). Deren historisch gewachsener Charakter als 'Auffangkasse' (z.B. für Arbeiter in Betrieben ohne Betriebskrankenkasse, für Sozialhilfeempfänger etc.) hat damit zu einem überproportional hohen Anteil von Versicherten mit niedrigem Einkommen und hohen Krankheitskosten geführt. Da die Beiträge nicht nach individuellem Risiko, sondern nach Einkommen, also der wirtschaftlichen Leistungskraft kalkuliert sind, ergibt sich - innerhalb jeder Kasse bzw. durch kassenübergreifenden Finanzausgleich - eine Reihe von Umverteilungen (Solidarausgleich), denen sich lediglich Bezieher von Einkommen oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze sowie Beamte und Selbständige durch private Versicherung entziehen können. Dieser Bereich nimmt staatlich gefördert langsam aber beständig zu und kann in der Perspektive den solidarischen Kern des deutschen GKV-Systems unterminieren (Kühn 1990b).

Zum Ausgleich demographischer und sozialer Unterschiede in der Zusammensetzung der Versichertengemeinschaften (risk pool) wurde 1992 ein Risikostrukturausgleich eingeführt. Durch rechnerischen und finanziellen Ausgleich im Hinblick auf die Parameter Einkommen, Alter, Geschlecht sowie Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen sollen die Kassen auf der Einnahmeseite so gestellt werden, als hätten sie die Versorgung strukturell gleicher Versichertengemeinschaften zu finanzieren. Da diese Parameter aber nur einen Teil der sozial bedingt unterschiedlichen Ausgabenhöhen und -strukturen erklären, bleiben Kassen mit überproportional vielen „schlechten Risiken“ benachteiligt. Durch den Risikostrukturausgleich konnten die Unterschiede zwischen den GKV-Beitragsätzen, die Anfang der 90er Jahre noch

- bei gleichem Leistungsanspruch - von 8 % bis 16 % vom Bruttoeinkommen reichten, erheblich angeglichen werden. Im Durchschnitt betragen die Beitragssätze 1997 ca. 13,5 % vom Bruttoeinkommen.

Dem ordnungspolitischen Grundgedanken der GKV entspricht es, den Zugang zu medizinischen Versorgungsleistungen frei von ökonomischen Hürden zu halten (Bedarfsprinzip). Da die Kassen mit den Leistungserbringern (Ärzte, Heilberufe, Apotheken, Anbieter von Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhäuser) abrechnen, genügt zur Inanspruchnahme die Vorlage von Berechtigungsdokumenten. Das sind Versicherungs-Chipkarten, Kranken- bzw. Überweisungsscheine oder Rezepte bzw. Verordnungen (Sachleistungsprinzip) (vgl. Abb. 12).

Abb. 12: Der Kreislauf der ambulanten Versorgung

Erläuterung: Zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung werden (unter staatlicher Aufsicht) die Leistungen der kassenärztlichen Versorgung und ihre Preise bzw. Vergütungsmodi ausgehandelt. In diesem Rahmen können die Versicherten die ärztliche Versorgung nach dem Bedarfsprinzip in Anspruch nehmen. Die Ärzte rechnen ihre Leistungen quartalsweise mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ab. Diese erhalten von den Krankenkassen gegen Abrechnung die Gesamtvergütung und reichen sie anteilig an die Kassenärzte weiter. Seit den 80er Jahren spielen „Scheine“ (=Krankenscheine) in diesem System kaum noch eine Rolle und wurden durch elektronische Datenträger (für Patienten: Chipkarten) ersetzt.

Versuche, bei denen die Versicherten selbst bezahlen und den Betrag von ihrer Kasse erstattet bekommen (Kostenerstattungsprinzip), erbrachten keine Anhaltspunkte einer dadurch erhöh-

ten Rationalität im Hinblick auf Häufigkeit und Kosten der Inanspruchnahme. Durch in der Tendenz kontinuierlich steigende direkte Zuzahlungen bei Inanspruchnahme von Arzneimitteln, Krankenhäusern, Heil- und Hilfsmitteln, Zahnbehandlung, Krankentransport und Kur-aufenthalt ('Selbstbeteiligung') wird das Sachleistungsprinzip zunehmend ausgehöhlt. Überdurchschnittlich betroffen sind davon chronisch Kranke und damit überproportional ältere und ärmere und weibliche Versicherte (Kühn 1997). Auf Menschen mit geringem Einkommen können Zuzahlungen einen gesundheitlich kontraindizierten Abschreckungseffekt ausüben (Paffrath/Reiners 1987). Eine Steuerungswirkung von 'Selbstbeteiligung' in Richtung auf höhere Zugangsrationalität und Versorgungsqualität konnte bislang nicht nachgewiesen werden, wird aber von Anhängern marktwirtschaftlicher Steuerungskonzepte nach wie vor postuliert (vgl. Kontroversen in: Deutscher Bundestag 1990, Bd. 2, S. 115 - 122).

Umfang und Dynamik der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen im Rahmen der GKV zeigen, daß auch innerhalb von marktwirtschaftlich gesteuerten Gesellschaften große Bereiche nach subjektiv definierten Bedarfskriterien und professionell begründeter Zuteilung, d.h. ohne die Zugangshürde 'kaufkräftige Nachfrage' reguliert werden können. Die Primärinanspruchnahme, auf die die Versicherten im Versorgungsgeschehen noch den relativ größten autonomen Einfluß haben, stagniert seit Jahren. Der Krankenstand (ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit) oszilliert mit konjunktur- und arbeitsmarktbedingten Ausschlägen um 5 % (Hauss 1992).

Das Ausgabenwachstum in der GKV der letzten Jahre erklärt sich dagegen vor allem durch die Ausweitung der Leistungsmenge pro Fall bzw. Patient und die Verteuerung von Leistungen, wobei nur bei einem Teil der verteuerten Leistungen auch die Kosten und/oder die Qualität gestiegen sind. Die Kostenentwicklung in der Krankenversorgung ist damit in erster Linie nicht nachfrage-, sondern anbieterinduziert. Anstiege der GKV-Beiträge erklären sich überdies weit überwiegend aus dem durch gesamtwirtschaftliche Kräfteverschiebungen erklärba- ren Sinken des Anteils der Bruttolöhne am Sozialprodukt (Lohnquote). Grundsätzlich steigen die Kosten der Krankenversorgung im Durchschnitt schneller als das allgemeine Preisniveau, weil Krankenversorgung aus personal- und vorhalte-intensiven Dienstleistungen mit - zwar vorhandenem - aber geringeren Rationalisierungspotentialen besteht. Wenn die Löhne gesamtwirtschaftlich langsamer steigen als die Kosten der Krankenversorgung, müssen die Beitragssätze steigen. Hinzu kommt, daß die Bundesregierung immer wieder andere Zweige der Sozialversicherung, bei denen sie eine gesetzliche Pflicht zur Deckung von Defiziten aus dem Bundeshaushalt hat (v.a. Renten- und Arbeitslosenversicherung), zuungunsten der der GKV, für die eine solche Pflicht der Regierung nicht besteht, entlastet (Kühn 1997).

Obwohl die Ursachen der - keineswegs „explosiv“ - steigenden Kosten der Krankenversorgung primär in den auf die Leistungserbringer einwirkenden Anreizen und in staatlichen Manipulationen der Finanzierung liegen, bezieht sich der größere Teil der staatlichen Bemühungen der Kostensteuerung nicht auf die Anbieterseite, sondern auf die Versicherten bzw. Patienten, also die Nachfrageseite. Modellvorstellungen und Politikvorschlägen vor allem neoliberal argumentierender Gesundheitsökonomien liegt dabei zumindest implizit die Denkfigur

von Versicherten zugrunde, die beständig Arztkontakte, Arzneimittel, Krankschreibungen und Krankenhausaufenthalte maximieren, weil diese - im Gegensatz zu anderen Waren und Dienstleistungen - umsonst oder fast umsonst zu haben sind. Diese Denkfigur findet aber weder in der GKV-Statistik noch in den wenigen dazu durchgeführten empirischen Studien (z.B. Newhouse et al. 1983) eine empirische Bestätigung. Zudem übersieht sie, daß hinter der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen durchweg eine individuelle Not steht, und nicht ein Bedürfnis nach Lustmaximierung oder individueller Bereicherung auf Kosten der Solidargemeinschaft (vgl. dazu Kontroversen in: Deutscher Bundestag 1990, Bd.2, z.B. 158 - 161).

Durch die staatlich gewollte rasche Zentralisierung gab es 1997 noch ca. 680 GKV-Kassen, die entweder - als die ehemaligen „Pflichtkassen - regional, nach Handwerksbranchen oder betrieblich organisiert (AOK, IKK, BKK) und außerdem in Landes- und Bundesverbänden zusammengeschlossen sind oder bundesweit agieren (15 „Ersatzkassen“). Leistungsumfang, Indikationen und Preise für Leistungen werden teils durch Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser), teils durch Festlegung von Erstattungshöchstbeträgen (Festbeträge: Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel) durch die Kassen unter Entscheidungsbeteiligung der Kassenärzte und beteiligter Verbände festgelegt. Die Verfahren finden in einem durch Gesetz (SGB V) festgelegten Rahmen und unter staatlicher Aufsicht statt (BMG, Länderministerien, Bundesversicherungsaufsichtsamt). Das Ergebnis dieser Zulassung ist der Inhalt des bis heute für alle GKV-Kassen und ihre Versicherten einheitlichen Leistungskatalog. Der einheitliche Leistungskatalog - einst die sozialpolitische Antwort auf den Anklage „Weil Du arm bist, mußt Du früher sterben“ entstanden - wird heute von neoliberalen Vertretern marktwirtschaftlicher Veränderungen in der Krankenversorgung angegriffen („Wahlleistungen“, vgl. unten 3.4.3.5.; Kontroversen in. Deutscher Bundestag 1990, Bd. 2, S. 122- 127 sowie S. 162 - 166).

Die standespolitischen Vertretungen der Ärzteschaft haben ebenfalls wiederholt gegen den einheitlichen Leistungskatalog votiert (dokumentiert bei: Schwartz/Busse 1994). Derzeit wird von dieser Seite ein Katalog „Individueller Gesundheitsleistungen“ (IGEL) vorgeschlagen, der medizinisch nicht notwendige Leistungen enthalten soll, die den Patienten nur gegen Direktzahlung an den Arzt erbracht werden sollen.

Einzelkassen und Kassenverbände werden von einer formal alle sechs Jahre gewählten Selbstverwaltung (Sozialwahlen) 'regiert'. Die geringen Gestaltungsmöglichkeiten der Kassen innerhalb des staatlich gesetzten Rahmens sowie die Intransparenz der Entscheidungsmechanismen führt zu einer meist unter 50 % liegenden Beteiligung der Versicherten an diesen Wahlen. Die Selbstverwaltung ist bei den Pflichtkassen paritätisch aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern zusammengesetzt, bei den Ersatzkassen besteht sie formal ausschließlich aus Versichertenvertretern. Bei allen Selbstverwaltungen ist im Zuge der Entpolitisierung (vgl. oben, 2.2.) vor allem auf der Arbeitnehmer- bzw. Versichertenseite der Übergang von genossenschaftlicher (direkter) zu verbandlicher (intermediärer) Repräsentanz vollzogen. Damit sind die beiden Sozialparteien (vertreten durch Unternehmerverbände und Gewerkschaften) und die Geschäftsführungen der einzelnen Kassen sowie der Kassenverbände jene Akteure,

die Ausmaß und Richtung der Nutzung der relativ engen Verhandlungs- und Gestaltungsspielräume der Kassen bestimmen.

3.4.2 Neokorporatistische Steuerung

An den gesundheitspolitischen Entscheidungen über die Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung sind damit als wesentliche Akteure (vgl. Albers 1992) neben dem Staat (Bund, Länder, Gemeinden) v.a. die Sozialparteien, die Kassen und Kassenverbände sowie die Leistungserbringer in unterschiedlicher verbandlicher Form sowie mit unterschiedlichen ökonomischen und politischen Droh- und Durchsetzungspotentialen beteiligt. Die Interessen der Versicherten und Patienten sind nicht direkt institutionalisiert, sondern sollen v.a. von den Gewerkschaften und der Versichertenseite in der Selbstverwaltung wahrgenommen werden. Eine an Einfluß herausragende Position nehmen die kassenärztlichen Vereinigungen ein, die auf der Basis von Zwangsmitgliedschaft (für alle an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden MedizinerInnen) ihren öffentlich-rechtlich abgesicherten Monopolbereich (vgl. oben 2.2) (Umfang und Inhalt ambulanter Versorgung) sowohl nach außen als Interessengruppe vertreten als auch nach innen hin kontrollieren (Leistungskontrolle, Betriebstypenpolitik, z.B. durch die jahrzehntelange einseitige Bevorzugung der ärztlichen Einzelpraxis etc.). Die Entwicklung politisch durchsetzungsfähiger Verbände im Bereich der Krankenhäuser wird vor allem durch die unterschiedlichen Besitzverhältnisse (Trägervielfalt: Landes- und kommunale Krankenhäuser, freigemeinnützige Häuser, gewinnorientierte Unternehmen, Universitätskliniken) sowie durch unterschiedliche Interessenlagen und die Verteilung rechtlicher Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Gemeinden behindert (Müller/Simon 1994; vgl. unten 3.4.3.4). Die Verbände privatwirtschaftlicher Leistungserbringer (Pharma-Industrie, Heil- und Hilfsmittel, private Krankenhäuser) entfalten zwar als Einflußlobby v.a. gegenüber staatlicher Politik und der Öffentlichkeit eine hohe Wirkung, erzielen jedoch im Hinblick auf ihre Mitglieder nur schwächere Bindungswirkung, weil diese als autonome Wirtschaftssubjekte ihren je eigenen Gewinnstrategien folgen.

Während die privatwirtschaftlich verfaßten Leistungserbringer (Kassenärzte, Hersteller von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, private Krankenhäuser) ein konstantes Interesse an Bestandsicherung, Leistungsausweitung, Kompetenzdomänen und der Wahrung von Profit- und Einkommenschancen verfolgen, ist die Interessenlage der Sozialparteien, der Kassen, staatlicher Stellen und nicht privatwirtschaftlicher Leistungserbringer (vor allem Krankenhäuser) oft widersprüchlich, uneinheitlich und wechselhaft. Dieses Ungleichgewicht befördert die Entwicklung des Krankenversorgungssystems in Richtung auf Erwerbswirtschaft und behindert die Durchsetzung sozialmedizinischer oder qualitätsorientierter Entscheidungskriterien.

Die politische und ökonomische Steuerung des Krankenversorgungssystems über vielstufige und ausdifferenzierte Aushandlungsmechanismen zwischen den verbandsförmig organisierten Interessentengruppen unter Aufsicht des Staates kann als komplexe Vielfachsteuerung bezeichnet werden (Alber 1992). Sie ist eine Spielart des Neokorporatismus. Der Neokorporatismus ist ein Typ von politischer Steuerung (politics), in dem politische Entscheidungen durch Aushandlung und Kompromißfindung in relativ geschlossenen und verbindlichen Konstellationen

tionen der beteiligten Interessenverbände unter Beteiligung und Aufsicht des Staates getroffen werden. Wegen unzureichender demokratischer Fundierung sehen Kritiker bei diesem Regulierungstyp ein Legitimationsdefizit (vgl. z.B. Streit 1988). Neokorporatismus wird als Alternative zur Steuerung durch den Staat (Modell in der Krankenversorgung: z.B. Großbritannien, Skandinavien, vgl. oben 2.1) oder über den Markt (Modell in der Krankenversorgung: z.B. USA, Neuseeland) angesehen.

In den Abb. 13, 14 und 15 sind einige Stärken und Schwächen dieser drei Typen der Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung wiedergegeben. Diese Typen stehen in engem Zusammenhang mit den unterschiedlichen Ausprägungen der Sozialpolitik (vgl. oben 2.1.2)

Abb. 13: Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung durch den Staat

Grundtypen der Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung:

Staat

Finanzierung	Leistungen	Leistungssteuerung	Schwächen
direkte Bezahlung der Leistungsproduzenten aus Steuermitteln (Versorgungsprinzip)	durch private und öffentliche Leistungsproduzenten gleicher Zugang und gleiche Leistungen für alle Bürger	durch den Staat nach politisch entschiedenem Bedarf (Staat/Bürger) Finanzierung öffentlicher Einrichtungen, Verträge mit privaten Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit von der Konjunktur • Abhängigkeit von der Fiskalpolitik • Kostendämpfung • evtl. Unterversorgung • Bürokratie

Abb. 14: Finanzierung und Steuerung der Krankenkassen über den Markt

Grundtypen der Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung:

Markt

Finanzierung	Leistungen	Leistungs- steuerung	Schwächen
<p>Gewinnorientierte Versicherungsunternehmen</p> <p>Beiträge/Preise:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nach individuellen Krankheitsrisiko • nach individuellem Leistungsumfang • nach individueller Höhe der direktem Selbstzuzahlungen <p>(Äquivalenzprinzip)</p>	<p>durch private und öffentliche Leistungsproduzenten</p> <p>Zugang gemäß:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versicherungsumfang • Kaufkraft (Direktzahlungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • über die Nachfrage (nicht: Bedarf) • Verträge mit Leistungsproduzenten 	<ul style="list-style-type: none"> • Unterversicherung für Menschen mit geringem Einkommen und/oder hohem Risiko • Überversorgung für Menschen mit umfassendem Versicherungsschutz • Kostendämpfung • unübersichtliche Tarife • Gefahr der Unterdeckung; Beiträge steigen im Alter staatliche Kontrollbürokratien erforderlich • hohe Werbungs-/Verwaltungskosten

Abb. 15: Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung durch Soziale Krankenversicherung und Verbände

Grundtypen der Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung: Soziale Krankenversicherung

Finanzierung	Leistungen	Leistungssteuerung	Schwächen
Einkommensabhängige Beiträge (Solidarprinzip)	durch private und öffentliche Leistungsproduzenten gleicher Zugang für alle Versicherten	durch Staat und Krankenkassen nach Bedarf Verträge mit privaten und öffentlichen Leistungsproduzenten	<ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit von der Lohnentwicklung • ggf. Überversorgung (v. a. bei fee for service) • ggf. Unterversorgung bei Sparmaßnahmen • Kostendämpfung

Erläuterung zu den Abb. 13, 14 und 15: Jeder Grundtyp der Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung (Staat, Markt, GKV) hat spezifische Stärken und Schwächen. Im Hinblick auf das Ziel einer bedarfsgerechten und bevölkerungsweiten Krankenversorgung sind die Regulierung durch den Staat oder eine soziale Krankenversicherung der Marktsteuerung deutlich überlegen.

Keines dieser Steuerungs- bzw. Regulierungsmodelle ist irgendwo auf der Welt in reiner Form anzutreffen. Tatsächlich können alle Systeme der Krankenversorgung und ihrer Finanzierung (Roemer 1991) als Mischformen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen beschrieben werden (vgl. zur Diskussion der Steuerungsalternativen: Deutscher Bundestag 1990, Bd. 2).

Das Modell des Neokorporatismus setzt auf die Existenz bzw. Entstehung von handlungsfähigen verbandlichen Akteuren auf Angebots- und Nachfrageseite (Selbstregulierung), die ihre Interessen miteinander aushandeln (Verbandsverhandlungen) und unter staatlicher Aufsicht dabei auch gemeinwohlbezogene Aspekte berücksichtigen sollen (gemeinsame Selbstverwaltung). Seit Beginn der Kostendämpfungsphase (ca. 1977) haben sich vom Staat geförderte Tendenzen der Zentralisierung der Verbandsverhandlungen, einer leichten, aber zur Durchset-

zung von Strukturreformen unzureichenden Stärkung der Verhandlungsposition der Kassen und der Zusammenführung von Verbänden in gemeinsamen Gremien mit interessenübergreifenden versorgungspolitischen Aufgabenstellungen verstärkt. Gleichzeitig hat auch der Einfluß des Staates auf Verhandlungsprozesse und Verhandlungsergebnisse zugenommen. Auf Bundes- bzw. Spitzenverbandsebene sind als Beispiele der 'gemeinsamen Selbstverwaltung' vor allem die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) (seit 1977) und die Aufwertung des Bundesausschusses Ärzte-Krankenkassen (BAK) durch die Novellierung des SGB V (1989) sichtbar geworden. Letzterer hat die Aufgabe, den (einheitlichen, vgl. oben 3.4.1) Leistungskatalog der GKV anhand von Kriterien der medizinischen Effektivität, der gesundheitlichen Effizienz und der Wirtschaftlichkeit zu definieren und weiterzuentwickeln.

Instrumente der Leistungs- und Ausgabensteuerung sind neben direkten Preis- und Tarifvereinbarungen vor allem Vorgaben der pro Jahr zur Verfügung stehenden Geldbeträge (Plafondierung, Budgetierung), Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Veränderungen im Leistungskatalog, direkte Zuzahlungen der Versicherten, Veränderungen der Bezugsgrößen für Beitragszahlungen, Stärkung der Nachfragemacht (der Kassen), Verbesserungen der Informations-, Transparenz- und Koordinierungsinstrumente, Beratung (v.a. von Ärzten, z.B. im Hinblick auf Arzneimittelverschreibung), die Bildung von Versorgungsnetzwerken (z.B. 'Hausarztmodell' der AOK; 'integrierte Budgets der BKK) sowie öffentlicher Druck ('*moral suasion*').

Eine Bedingung der politischen Regulierung dieses Typs ist die gegenseitige Anerkennung und Achtung von zentralen Interessenpositionen (Vetopositionen) der beteiligten Hauptakteure.

Dazu gehören bei den Kassenärzten vor allem die Definitions- und Bearbeitungsmonopole für die ambulante Behandlung (Sicherstellungsauftrag, vgl. oben 2.2.), die technische Ausstattung und der Betriebstypus der Praxis, die 'freie Arztwahl', die 'Therapiefreiheit' sowie - zunehmend im Umbruch - die Bezahlung für jede einzelne Verrichtung (Einzelleistungsvergütung). Diese letztere Vetoposition ist nach jahrzehntelangem Widerstand in den letzten Jahren wegen ihrer offensichtlich kostentreibenden und auch gesundheitlich nicht optimalen Wirkungen zunehmend aufgeweicht. Im Vordergrund neuerer Regulierungen (Verträge, EBM etc.) stehen Leistungskomplexe, Praxisbudgets etc.).

Pharmahersteller sowie Produzenten von Heil- und Hilfsmitteln bestehen auf der Freiheit des Marktzutritts für Unternehmen und Produkte sowie grundsätzlich auf Preissetzungsfreiheit. Der Krankenhaussektor hat nicht zuletzt wegen seiner Trägervielfalt und konkurrierender Kompetenzen zwischen Bund, Ländern und Gemeinden keine vergleichbar durchsetzungsmächtigen 'Tabukataloge' (vgl. Simon 1998), doch sind strukturelle Veränderungen fast nur im öffentlichen Bereich möglich (Bettenabbau, vgl. unten 3.4.3.4). Um die Kassen hat sich die Vetoposition der Veränderung der 'gewachsenen Vielfalt' des 'gegliederten Systems' gelegt, obgleich die ursprünglich berufsständische Gliederung als dessen Grundlage allgemein als obsolet angesehen wird.

Unabhängig vom Steuerungstyp geht es in der Krankenversorgungspolitik im Kern stets darum, den Tendenzen auf Expansion und Preisauftrieb unter staatlicher Aufsicht Gegengewichte zu setzen und Kriterien der Qualitätssicherung sowie der Chancengleichheit einzubringen. Die Tendenzen zu Leistungsexpansion und Preisauftrieb resultieren aus dem Zusammenwirken des persönlichen Strebens nach Einkommens- bzw. Gewinnmaximierung mit der Tendenz von Institutionen, ihre Zuständigkeitsbereiche zu erweitern und ihr Ansehen zu erhöhen. In der Krankenversorgung führt diese Tendenz häufig dazu, daß zu viele Menschen zu lange zu Patienten gemacht werden und innerhalb des Krankenversorgungssystems unnötigerweise in zu „hohen“ (d.h. spezialisierte, stationäre etc.) Versorgungsstufen behandelt werden. Das ist häufig der Gesundheit bzw. dem Leben mit bedingter Gesundheit nicht zuträglich und auch aufwendiger bzw. teurer als notwendig.

Obwohl im Grunde unstrittig ist, daß die Steuerung über den Markt dabei im Vergleich der Regulierungsalternativen am schlechtesten abschneidet (vgl. Kontroversen in Deutscher Bundestag 1990, Bd. 2), liegt das Schwergewicht neuer Regelungen in der Vermehrung materieller Anreize und insbesondere der Einführung marktlicher oder marktähnlicher Konkurrenz (Rosenbrock 1996; 1997b). Wesentliche Gestaltungsmöglichkeiten, die innerhalb des Modells der neokorporatistischen Steuerung liegen, bleiben dadurch ungenutzt. Solche Möglichkeiten lägen z.B. in der Stärkung der Nachfragemacht der Kassen z.B. durch die Eröffnung der Möglichkeiten des selektiven Kaufs periodenweise ausgeschriebener Versorgungsleistungen (Ausschreibungsmodell), oder in der Aushandlung wirtschaftlich tragfähiger Grundlagen für andere Betriebstypen (z.B. fach- und berufsgruppenübergreifende ambulante Gesundheitszentren mit Polikliniken und Sozialstationen), in der Verschiebung professioneller Zuständigkeiten (z.B. Vergrößerung der pflegerischen gegenüber der ärztlichen Autonomie) oder in klaren Prioritätensetzungen bei den Anreizsystemen (z.B. Abschaffung der stets auf Maximierung der Interventionen wirkenden Einzelleistungsvergütung; vgl. Abb. 16).

Abb. 16: Zusammenhang zwischen Vergütungsformen und ärztlichem Handeln

Zahl der Form des Entgelts	Patienten	Fälle	Leistungen
festes Entgelt	Min	Min	Min
Kopfpauschale	Max	Min	Min
Fallpauschale	Max	Max	Min
Einzelleistungsvergütung	Max	Max	Max

Erläuterung: Die Abbildung zeigt in Form einer Matrix den durchschnittlichen Zusammenhang zwischen den durch die Vergütungsformen gesetzten materiellen Anreizen und dem ärztlichem Handeln. Es wird deutlich, daß es ein ideales Vergütungssystem, durch das alle gesundheitspolitisch erwünschten Steuerungsziele gleichzeitig erreicht werden, nicht gibt. Jeder materielle Anreizsystem muß deshalb durch andere Steuerungsinstrumente (Qualitätssicherung, Weiterbildung, Kontrolle etc.) austariert werden.

3.4.3 Ausgewählte Steuerungsprobleme

Zentrale gesundheitspolitische Steuerungsprobleme, und zwar im Hinblick sowohl auf Problemdefinition, Zugangsrationalität und Versorgungsqualität als auch auf die Effektivität/Effizienz der Gesundheitssicherung einschließlich der Krankenversorgung bleiben in der gegenwärtigen Regulierungsweise unbewältigt und verschärfen sich teilweise dabei noch. Dies sei an fünf Beispielen skizziert:

3.4.3.1 Versorgungsumfang

Ein Überblick über das gesundheitliche Problempanorama (vgl. oben, 2.3.) sowie insbesondere auch eine Analyse von Diskrepanzen zwischen den Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Prävention einerseits und den tatsächlich auf diesem Feld realisierten Aktivitäten andererseits (vgl. oben 3.2) verweist auf einen tendenziell unbegrenzt großen Interventionsbedarf. Daß er nicht nur nicht befriedigt, sondern nicht einmal systematisch vermessen und angegangen wird, findet seine Gründe vordringlich in gesellschaftlichen Hinderungsfaktoren (vgl. oben 3.2.5) und - übergreifend - in den gegenwärtig dominanten Verengungen von Gesundheitspolitik (vgl. oben 1.1).

Über die systematische und flächendeckende Verteilung von Aufgaben und Finanzierung v.a. der gemeinde- und gruppenbezogenen Prävention an bestehende oder neu zu schaffende Institutionen:

- Gesundheitsämter,
- Gesundheit als Querschnittsaspekt öffentlicher Verwaltung,
- Krankenkassen,
- andere Sozialversicherungen,
- private gemeinnützige oder gewinnwirtschaftliche Institutionen,
- Bürgerpartizipation,
- Institutionen der Krankenversorgung einschl. Sozialstationen,
- Bildungswesen etc.

wird z.B. von der Bundesregierung bislang weder konzeptionell noch praktisch entschieden (Deutscher Bundestag 1994; vgl. dazu Rosenbrock 1997a; SVRKAiG 1995, Ziff. 159).

Auch Probleme der Zuordnung von Aufgaben der Prävention an verschiedene Berufsgruppen:

- Medizin,
- Pflege,
- Sozialarbeit,
- Public Health,
- Ökotrophologie,
- Sport,
- Pädagogik,
- Psychologie etc.

bleiben unbearbeitet. Unklar ist schließlich auch der Zuschnitt von Problembereichen und die Wahl von Bevölkerungsgruppen für Interventionen.

Theoretisch begründbar sind Interventionen faktisch überall, da ein Gewinn an Gesundheit (*'health gain'*) im Sinne der Senkung von Wahrscheinlichkeiten zukünftiger Erkrankungen auch durch gezielte Gesundheitsförderung mit Menschen bei guter Gesundheit und hohem Wohlbefinden zu erwarten ist (vgl. oben, 1.1, Abb. 1) Grenzen und Prioritäten ergeben sich hingegen aus der gesundheitspolitischen Entscheidungsregel, nach der ernste und weitverbreitete Probleme vor leichten und selten vorkommenden angegangen werden sollten (vgl. oben 1.2).

Die Schwierigkeit der Bestimmung einer „unteren Interventionsgrenze“ wird besonders deutlich am Interventionsfeld „Primärprävention in der Gemeinde“ (vgl. oben 3.2.4.2) und soll hier beispielhaft an der Rolle gemeindebezogener Pflege skizziert werden. Gesundheitsförderung in der (administrativen) Gemeinde/Kommune (*geopolitical communities*) bzw. soziologisch definierten Gruppen (*phenomenological communities*) zielt

- auf die Entstehung und Entwicklung von sozialen Netzen und Gemeinschaften zur gegenseitigen Unterstützung,
- auf die Stärkung von Selbstbewußtsein und Autonomie,
- auf Partizipation bei der Gestaltung der natürlichen, technischen und sozialen Umwelt,
- auf einen freundlicheren und sozial sensiblen Umgang der Menschen mit ihrem Körper, ihrem Verstand und ihren Gefühlen - und im Gefolge dessen auch
- auf verändertes Verhalten im Hinblick auf die in den vorherrschenden Ansätzen der Gesundheitserziehung meist isoliert und nicht besonders wirksam bearbeiteten Risiken (Zigarettenrauchen, Rauschmittelgenuß, Bewegung, Ernährung, Streßverarbeitung etc.).

Die Beteiligung moderner, d.h. auf Autonomieförderung und Befähigung orientierter Pflege an zukunftsweisenden Strategien ist gut begründbar und wegen der Präsenz ambulanter Pflegeeinrichtungen in den Interventionsbereichen auch geboten (vgl. oben 3.4.1; Rosenbrock 1998a). Definitionen aus der Pflegewissenschaft lassen freilich die Frage nach dem Aufgreifkriterium für Interventionen, und damit nach den „Untergrenze der Intervention“ offen, da sie eine Zuständigkeit der Pflege für gesunde und kranke Menschen (Henderson 1991) bzw. für aktuelle und potentielle Gesundheitsprobleme (American Nurses' Association 1980) postulieren.

Es liegt nahe, wenn anstelle dieser nicht einlösbaren Allzuständigkeit hilfsweise die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen als sich selbst erfüllendes Aufgreifkriterium gewählt wird, aus dem dann - meist in Abhängigkeit von ärztlicher Verordnung - auch pflegerischer Einsatz folgen kann. Dies ist zwar gängige Praxis, führt aber zu unnötig schlechten Ergebnissen. Denn die Inanspruchnahme des auf Komm-Strukturen beruhenden Versorgungssystems erfolgt für den hier genannten Zweck in der Regel zu spät, das System produziert

- sowohl Unter- wie Über- und Fehlversorgung (vgl. unten 3.4.3.2),
- es vernachlässigt die Notwendigkeit von Kontinuität,

- Angehörige unterer Sozialschichten können ihre Probleme in diesem System weniger erfolgreich artikulieren und bearbeiten ('Mittelschicht-Bias'), und
- schließlich ist das System in hohem Maße arzt- und krankheitsfixiert (Hauss/Naschold/Rosenbrock 1981).

Die von Pflgetheorien und faktischer Inanspruchnahme offengelassenen Fragen des Interventionsbedarfs werden auch von der Gesundheitsberichterstattung (vgl. oben 3.1) bislang nicht beantwortet. Selbst fortgeschrittene Ansätze kommunaler Gesundheitsberichterstattung in Deutschland sind weit davon entfernt, Gruppen, Lebenslagen, Stadtteile sowie die Verteilung Gesundheitsbelastungen und -ressourcen mit einer für präventionsorientierte Handlungsanleitung hinreichenden Konkretion zu benennen. Es gibt hierzulande keine Antenne und keine Zuständigkeit für die Abschätzung des Bedarfs an Leistungen der Gesundheitsförderung, der Gesundheitssicherung und der sozialen und gesundheitlichen Unterstützung für unterschiedlich belastete bzw. privilegierte Gruppen - und damit auch kein Sensorium für die Feststellung von Pflegebedarf und für die Orientierung gemeindebezogener Pflege. In den USA gehört *community assessment* dagegen zum festen Bestandteil von *community health nursing* (Smith/Maurer 1995). Es besteht in einer kleinräumigen und vorausschauenden Bestandsaufnahme von Zielgruppen im Hinblick auf Demographie, Binnen- und Infrastruktur, materielle und immaterielle Ressourcen und Belastungen, und schließlich im Hinblick auf die Verteilung gesundheitlicher Einschränkungen und Probleme.

Die Übertragung dieses Ansatzes im Rahmen einer 'gemeindeorientierten Pflegeepidemiologie' würde sich sowohl von der „quantitativen Abgrenzung der Personengruppen, die in der 'selbständigen Lebensführung' beeinträchtigt sind“ (Schneekloth/Potthoff 1993) als auch von den Datenfriedhöfen der meisten der heute produzierten Gesundheitsberichte tiefgreifend unterscheiden. Es läge dagegen vielleicht ziemlich nahe an dem, was die als Sozialtypus in den letzten Jahren im Aussterben begriffene Gemeindegemeinschaft als Alltagswissen über die von ihr betreute Bevölkerung im Kopf hatte bzw. hat. Mit solchem Wissen könnte auch die heute noch unklare Arbeitsteilung der Pflege mit anderen Gesundheitsberufen (MedizinerInnen, SozialarbeiterInnen, Public Health etc.) in Theorie und Praxis auf eine solidere Basis gestellt werden. Und schließlich könnte damit u.U. ein öffentlicher Thematisierungsschub für die heute insgesamt noch vernachlässigten Probleme gemeindebezogener Gesundheitsförderung ausgelöst bzw. unterstützt werden, der auch die Entscheidungsträger (Ebene der *politics*) erreicht.

3.4.3.2 Versorgungspfad

Problemelektion, Verweisungspraxis und Versorgungsintegration (freilich nicht nur) im ambulanten Sektor widersprechen häufig sozialmedizinischen Kriterien.

Analysen der Inanspruchnahme des Krankenversorgungssystems ergaben wiederholt und übereinstimmend ungefähr folgendes Bild (Naschold et al. 1978; Grunow 1988):

- Von hundert Menschen mit selbst wahrgenommenen Gesundheitsstörungen gelangen ca. dreißig zur niedergelassenen ÄrztIn.

- Die meisten Gesundheitsstörungen der anderen ca. siebzig sind harmlos und vorübergehend.
- Wenn sie allein oder durch Beratung in der Familie, mit FreundInnen, KollegInnen oder ApothekerInnen bewältigt werden, ist das in Ordnung.
- Allerdings: v.a. bei Menschen aus unterprivilegierten Gruppen und Schichten bleiben auch bei formell undiskriminiertem Zugang zur Krankenversorgung behandlungsbedürftige und therapie zugängliche Gesundheitsstörungen unbehandelt
- es gibt Unterversorgung.

Von den dreißig Störungen, die über den niedergelassenen Arzt in die Krankenversorgung gelangen, gehören nach verschiedenen übereinstimmenden Schätzungen mindestens die Hälfte eigentlich nicht dorthin, weil sie weder biomedizinischer Natur sind noch medizinisch zu beeinflussen sind - es gibt Überversorgung.

Diese Störungen sowie auch ein großer Anteil der Beschwerden chronisch Kranker und älterer Menschen gelangen nicht deshalb in ärztliche Behandlung, weil dies sinnvoll ist, sondern weil die PatientIn keine nicht-medizinische Auffang- bzw. Bewältigungsposition gefunden hat - es gibt Übermedikalisierung.

Medizinische Versorgung tritt dabei sehr häufig an die Stelle eigentlich adäquater psychosozialer, pflegerischer oder sozialarbeiterischer Hilfe - es gibt Fehlversorgung.

Alle vier Probleme verschärfen sich mit der Zunahme chronischer Leiden und älterer Patienten. Konservative und wirtschaftsliberale Vorschläge zur Behebung dieser Steuerungsdefizite konzentrieren sich auf die Anwendung finanzieller Anreize und Sanktionen (Selbstbeteiligung, Beitragsrückerstattung, Bonus/Malus; vgl. unten 3.4.3.5), vorwiegend im Hinblick auf die Versicherten/Patienten.

Denkbar und mit Rückgriff auf internationale Erfahrungen auch gestaltbar wäre ein Drei-Säulen-Modell, in welchem

- a) die kassenarztgetragene medizinische Versorgung,
 - b) die professionelle psychosoziale, sozialarbeiterische und pflegerische Hilfe sowie
 - c) das nicht-medizinische und nicht-professionelle Bewältigungssystem
- als gesundheitspolitisch gleichwertige und -berechtigte Systeme der ambulanten Versorgung gefördert, miteinander verzahnt und gesteuert werden.

Dies würde tiefgreifende Änderungen in der Qualifikation vor allem des Allgemeinmediziners ('*gate keeper*'; '*case manager*', vgl. Ewers 1996), in der Institutionalisierung des psychosozialen und pflegerischen Sektors z.B.:

- wissenschaftliche Fundierung und Professionalisierung,
- neue Betriebstypen,
- Bildung von handlungsfähigen Akteuren, z.B. Kammern

sowie einen völlig veränderten administrativen und politischen Umgang mit Selbsthilfe und informellem Beratungspotential erfordern.

Ein solcher Ansatz würde auf die systematische Einbeziehung gemeindebezogener Gesundheitsförderung (vgl. 3.2) in die Tertiärprävention hinauslaufen (vgl. oben 1.1, Abb. 1). Unterstützung beim Aufbau und der Pflege von sozialen Netzen und Gemeinschaften ist in diesem Ansatz eine eigenständige, multiprofessionell wahrzunehmende Aufgabe der Gesundheitssicherung. Zahlreiche Beispiele aus dem Selbsthilfebereich zeigen, daß das Potential hierfür noch keineswegs ausgeschöpft ist. Das gilt für Gemeinden als territoriale Einheiten ebenso wie für soziale Milieus, Gemeinschaften oder soziale Gruppierungen, die sich um gemeinsame Lebensstile bilden. In dieser Perspektive sind z.B. Pflege/Gesundheitsförderung in der Gemeinde und Pflege/Gesundheitsförderung durch die Gemeinde keine Alternativen. Vielmehr besteht eine wesentliche Aufgabe der ersteren, die letztere zu ermöglichen, anzuleiten und zu stabilisieren. Zur Ingangsetzung und Stabilisierung solcher Versorgungsansätze wird die Koordination der drei genannten Teilsysteme der ambulanten Versorgung durch regionale Gesundheitskonferenzen aus Gebietskörperschaften (z.B. u.a. Gesundheitsämter), Sozialversicherungsträgern (vor allem Krankenkassen) und Leistungserbringern vorgeschlagen. Widerstand (vgl. die Kontroversen in: Deutscher Bundestag 1990, Bd. 1, S. 65-71) gegen derartige Überlegungen kommt u.a. von den Organisationen der Kassenärzte, die darin eine Verletzung ihres Versorgungsmonopols (Sicherstellungsauftrag) und eine Gefährdung des privilegierten Betriebstyps der niedergelassenen Praxis durch übergreifende Institutionen (*Primary Health Care Teams*, wie von der WHO seit 1977 in der Deklaration von Alma Ata vorgeschlagen; Ambulatorien, Polikliniken, Gesundheitszentren) sehen. Zudem wäre diese Versorgungsform kaum mit der im Zweifel Behandlungsfälle und Verrichtungen maximierenden Einzelleistungsvergütung vereinbar (vgl. oben 3.4.2, Abb. 9).

3.4.3.3 Über- und Fehlversorgung

Privatwirtschaftliche Anreizsysteme führen bei ungenügender Kontrolle und Gegensteuerung zu gesundheitlich suboptimaler Über- und Fehlversorgung.

Die gesundheitspolitischen Steuerungsziele der Arzneimittelversorgung bestehen in der sozial und finanziell undiskriminierten, medizinisch ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung mit wirksamen, sicheren und preisgünstigen Arzneimitteln durch dafür hinreichend qualifizierte ÄrztInnen und ApothekerInnen.

Die Bundesrepublik liegt im Arzneimittelverbrauch international im Mittelfeld, in den Ausgaben im oberen Bereich, in der Anzahl der zugelassenen Arzneimittel nach den USA an der Weltspitze. Arzneipolitische Steuerungsziele werden in quantitativer, qualitativer und ökonomischer Hinsicht verfehlt: Es gibt zu viele Arzneimittel, darunter einen hohen Anteil mit zweifelhafter Wirksamkeit. Sie kosten mehr als in anderen Ländern, es fehlt an systematischer Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen. Therapeutischer Fortschritt ist - wie auch bei anderen medizinischen Technologien bzw. Techniken - keine Bedingung der Marktzulassung durch den Staat (Friedrich/Hehn/Rosenbrock 1977). Das dafür zuständige Bundesinstitut

für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM als eines der Nachfolgeeinrichtungen des 1995 aufgelösten Bundesgesundheitsamtes) prüft - überwiegend auf Basis von Herstellerunterlagen - lediglich Sicherheit und Wirksamkeit der zuzulassenden Arzneimittel. Es gibt keine ausreichende Qualitätssicherung der Verordnungen, und es gibt eine wachsende Arzneimittelabhängigkeit (Sucht).

Die derzeitigen Steuerungsversuche konzentrieren sich bei grundsätzlichem Vertrauen in den Marktmechanismus auch für Arzneimittel auf die Eindämmung der Kostenexpansion. Auf der Nachfrageseite wird durch zunehmende, und seit 1997 dynamisierte finanzielle Zugangsbarrieren (Selbstbeteiligung, vgl. unten 3.4.3.5.) zu steuern versucht. Das Preisverhalten der Angebotsseite soll über die Festbetragsregelung des SGB V beeinflusst werden. Deren Umsetzung wird zum Teil von den Unternehmen und ihren Verbänden inhaltlich verzögert, durch die staatlich zugelassene Herausnahme patentgeschützter Arzneimittel aus der Festbetragsregelung wirksam ausgehöhlt, teils durch Preisgestaltung bei Arzneimitteln ohne Festbetragsregelung ökonomisch erfolgreich kompensiert. Keine dieser Steuerungsinstrumente zielt auf Qualität und höhere Rationalität der Arzneimittelversorgung.

Als Steuerungsansatz für Quantität, Qualität und Preise der Arzneimittelversorgung wird - unter Rückgriff auf internationale Modelle und Erfahrungen - die Schaffung eines herstellereunabhängigen Arzneimittelinstituts aus Vertretern der Medizin, der Pharmakologie und der Krankenkassen vorgeschlagen. Das Institut hätte auf Basis von Sicherheits-, Wirksamkeits- und Prüfungen des therapeutischen Fortschritts und unter Berücksichtigung von Preisvergleichen Positiv-/Negativlisten zu erstellen, die die Zulassung zur kassenärztlichen Verordnung regulieren. Weitere Aufgaben bestünden in der Beobachtung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen (*drug monitoring, post market surveillance*), in der Organisation der Verordnungsberatung und Weiterbildung der Ärzte sowie in informationeller Koordinierung und Anregung für Forschung und Innovation. Diese Regulierung ist zwar prinzipiell marktkompatibel (Rosenbrock 1979, vgl. Kontroversen in: Deutscher Bundestag 1990, Bd. 1, S. 499 - 579). Bei ihrer Umsetzung könnte aber die Vetoposition des freien Marktzutritts für Produkte der pharmazeutischen Industrie tangiert werden; die Möglichkeiten für Gewinne ohne zugrundeliegende Leistung (Extraprofite) würden sinken. Da sich zudem die Kassenärzteschaft potentiell in ihrer Vetoposition der 'Therapiefreiheit' eingeschränkt sehen könnte, wurden entsprechende Passagen des 1992 verabschiedeten Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahre 1995 vor ihrer Umsetzung wieder aus dem Gesetz gestrichen.

3.4.3.4 Integration und Qualität

Von den ca. 274 Mrd. DM, die 1994 von allen Kostenträgern für die Krankenbehandlung ausgegeben wurden, gingen ca. 106 Mrd. DM (ca. 39 %) in den stationären Sektor. Der Anteil der Ausgaben für Krankenhausbehandlung an den Ausgaben der GKV stieg zwischen 1975 und 1996 von ca. 30 % auf ca. 33 %. Global betrachtet ist das Krankenhaus der größte Ausgabenposten in der Krankenversorgung (weitere Zahlen zum Krankenhausbereich vgl. oben 3.4.1). Schon diese schiere Größe trägt dazu bei, daß das Krankenhaus in der öffentlichen Diskus-

sion, die der finanzwirtschaftlichen Verkürzung der staatlichen Gesundheitspolitik (s.o. 1.1) weithin folgt, den prominentesten Zielpunkt für Einsparüberlegungen bildet.

Die Verengung des Blickwinkels auf die Größe der Ausgabensumme und die darin vermuteten Einsparpotentiale im Krankenhaus hat häufig gravierende problematische Konsequenzen, weil sie zur Vernachlässigung wichtiger Reformfelder in der stationären Versorgung führt und zudem auch im Hinblick auf durchaus mögliche Einsparungen häufig in die falsche Richtung weist:

Überschätzung der Kostendynamik

Die Kostendynamik des Krankenhauses wird überschätzt, und es wird als auch zu wenig beachtet, daß die Steigerung der medizinischen Leistungsfähigkeit zumindest einen erheblichen Teil der Kostensteigerungen erklärt.

Der Anteil der Ausgaben für stationäre Versorgung am Bruttosozialprodukt ist - ebenso wie der Anteil der gesamten Krankheitskosten und der Ausgaben der GKV (vgl. oben 3.4.1)- seit 1975 praktisch stabil und liegt bei knapp 3 %.

Mit diesen Werten liegt die Bundesrepublik im internationalen Vergleich im Mittelfeld.

Abb. 17: Stationäre Krankenversorgung im internationalen Vergleich. Ausgaben und ausgewählte Leistungsindikatoren

Erläuterung: Die Zahlen zeigen, daß die stationäre Versorgung in der (alten) Bundesrepublik im internationalen Vergleich weder besonders teuer (Ausgaben in Prozent vom Bruttosozialprodukt), noch besonders dicht (Krankenhausbetten je 10.000 Einwohner) ist. Auch wird sie nicht überdurchschnittlich häufig und lange in Anspruch genommen. Im Hinblick auf die Personaldichte bildeten die bundesdeutschen Krankenhäuser 1989 sogar zusammen mit den Kliniken in Österreich das Schlußlicht.

Die Kostenentwicklung ist vor dem Hintergrund ausgabensteigernder Faktoren im gleichen Zeitraum zu sehen:

Die Fallzahl im gesamten stationären Sektor stieg zwischen 1975 und 1995 von ca. 12,4 Mio. auf ca. 16,9 Mio., während sich die Anzahl der Betten im gleichen Zeitraum von ca. 912.000 auf ca. 791.000 verringerte.

Die Senkung der durchschnittlichen Verweildauer im gleichen Zeitraum von 22,0 Tagen auf 14,2 Tage (im Akutkrankenhaus auf 11,4 Tage) führt zu einem verdichteten, d.h. intensivierten Versorgungs- und Betreuungsbedarf.

Neue Technologien führen im Krankenhaus wie in der gesamten medizinischen Versorgung regelmäßig nicht zum Fortfall vorher benutzter Verfahren und Geräte, sondern werden „draufgesetzt“ (Köppl/Lauber 1987). Dies führt zu einem beständigen Anstieg des (ärztlichen und pflegerischen) Personals in den medizinisch-technischen und Funktionsdiensten und zu einer relativen Abnahme direkt patientenzugewandter Kapazitäten (Feuerstein/Badura 1991).

Generell gilt darüber hinaus, daß sich die Vorhaltung und Erbringung personalintensiver Dienstleistungen - ca. 67 % der Krankenhauskosten sind Personalkosten - den für andere Waren und Dienstleistungen möglichen und üblichen Rationalisierungsstrategien (Mechanisierung, Automatisierung, Lagerhaltung) weitgehend verschließt. Bei sonst gleichen Bedingungen müssen die Kosten stationärer Versorgung deshalb schneller steigen bzw. langsamer sinken als das allgemeine Preisniveau.

Gesundheitspolitisch folgt daraus, daß Versuche der Kostensteuerung im Krankenhaus neben der Entwicklung der Fallzahl und der Liegetage auch die Leistungsstruktur, die Technikentwicklung und die zuwendungsintensiven Versorgungs- und Pflegeleistungen in Rechnung zu stellen haben, wenn die Versorgungsqualität nicht verschlechtert werden soll.

Zum Beispiel sagt die Vermehrung des nichtärztlichen Personals in Krankenhäusern von ca. 913.000 (1991) auf ca. 948.000 (1995) nichts über Einsparpotentiale aus, wenn nicht die in diesem Zeitraum erfolgen Veränderungen in der sozialen und Morbiditäts-Struktur der versorgten PatientInnen und Fälle sowie der Struktur der Versorgung in Rechnung gestellt werden.

Untergewichtung der Aufgaben des Krankenhauses

Zentral wichtige Dimensionen der Aufgaben und der Stellung des Krankenhauses im System der Gesundheitssicherung geraten bei finanzpolitisch verengten Reformansätzen regelmäßig aus dem Blickfeld (vgl. Badura et al. 1993; Müller/Simon 1994; Rohde 1974):

- Das Krankenhaus sichert durch Diagnostik, Behandlung und Pflege die stationäre Versorgung der Bevölkerung im Krankheitsfall.
- Das Krankenhaus nimmt als Ausbildungsort entscheidenden Einfluß auf Sozialisation und Berufsverständnis von MedizinerInnen und Pflegepersonal.
- Das Krankenhaus ist eine Institution der medizinischen Forschung und damit eine Konzentrationsstelle des medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Wissenspotentials.

- Das Krankenhaus stellt einen wichtigen und prägenden Erfahrungsraum für Menschen in Krisensituationen dar. Hieraus ergeben sich große Potentiale im Hinblick auf Gesundheitsförderung.

Gesundheitspolitisch folgt daraus, daß jeder Ansatz der Steuerung und Regulierung des Krankenhauses daran zu überprüfen ist, ob und inwieweit die dadurch gesetzten materiellen und immateriellen Anreize und Sanktionen der integrierten Erfüllung dieser vier Aufgabenbündel dienlich sind bzw. diese behindern (Kühn 1992).

Zum Beispiel bedeutet die Fixierung auf die Fall-Kosten der stationären Versorgung regelmäßig einen Qualitätsverlust im Hinblick auf Ausbildungs- und Qualitätsniveau der Pflege und die Nicht-Nutzung der Chancen für Gesundheitsförderung mit den PatientInnen.

Vernachlässigung der Stellung des Krankenhauses im Versorgungssystem

Das Krankenhaus steht in der Verlaufs- und Behandlungssequenz von Gesundheitsproblemen (vgl. oben 1.1) ziemlich weit hinten; es bildet - im System der Krankenversorgung - ein von den Leistungen und Versäumnissen der vorgelagerten Stufen weithin abhängiges Subsystem. Die (meist ärztliche, zum geringen Teil auch Selbst-)Einweisung in ein Krankenhaus ist entweder Folge eines auf andere Weise nicht zu bearbeitenden Notfalls (Unfälle etc.) oder sie geschieht, weil Gesundheitsprobleme ambulant nicht bzw. nicht mehr zu bewältigen sind.

Gesundheitspolitisch folgt daraus, daß Kapazitätskürzungen im stationären Sektor durch Erweiterungen bzw. Auffangpositionen in anderen Bereichen (ambulante Pflege und anderer gemeindenaher Gesundheitsdienste, Sozialstationen, Mobilisierung und nachhaltige Unterstützung von Selbsthilfepotentialen, Tageskliniken, Pflegeplätze etc.) kompensiert werden müssen, wenn nicht die Qualität der Gesamtversorgung leiden soll.

Die vielfach beklagten Überkapazitäten im Akutbereich und die zum Teil hohen Fehlbelegungen können weder allein den Krankenhäusern angelastet noch von ihnen allein bewältigt werden (Infratest/Klar 1989). Im Hinblick auf Versorgungsplanung ist ein Vorgehen gefordert, daß von der Entwicklung des Versorgungsbedarfs in einer Region (vgl. oben 3.1) unter Berücksichtigung der Vermehrung chronisch-degenerativer Erkrankungen und der demographischen Verschiebungen (vgl. oben 2.3) ausgeht und unter Berücksichtigung differenzierter Versorgungsbedürfnisse Kapazitäten und Schnittstellen (Übergänge zwischen verschiedenen ambulanten und stationären Einrichtungen) organisiert (vgl. u.a. Bruckenberger 1996).

Gelungene Beispiele einer solchen patientenorientierten Versorgungsplanung, die auch unterschiedlichen Bedürfnissen durch Eröffnung unterschiedlicher Patientenpfade Raum läßt, finden sich bislang v.a. für PatientInnen mit schweren chronischen Erkrankungen, z.B. Krebs und Aids (zur integriert ambulant-stationären Versorgung von Aids-PatientInnen vgl. Schaeffer/Moers 1992; Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1992).

Vernachlässigung der Rahmenbedingungen

Die Fixierung auf Einsparpotentiale im Krankenhaus übersieht häufig die komplizierten politisch-juristisch-ökonomischen Regelungen, denen sich zentrale strukturelle Probleme im Krankenhaus verdanken (Simon 1998).

Regelungen der Krankenhausfinanzierung (Krankenhausgesetz (KHG) von 1972 mit zahlreichen Novellierungen), Bundespflegesatzverordnung (BPflV), SGB V) werden auf Bundesebene beschlossen, bedürfen aber regelmäßig der Zustimmung der Ländervertretung (Bundesrat). Krankenhäuser werden dual finanziert: Während die Krankenkassen über die Pflegesätze die laufenden Ausgaben finanzieren, liegt die Verantwortung für die Krankenhausplanung und die Investitionen - seit dem Rückzug des Bundes durch das Krankenhausneuordnungsgesetz von 1984 - beim jeweiligen Bundesland (Sicherstellungsauftrag) bzw. den von ihm beauftragten Kommunen und Landkreisen. Die politische Interessenvertretung der Krankenhäuser selbst ist (z.B. im Gegensatz zur Kassenärztlichen Vereinigung, vgl. oben 2.1 und 3.4.2.) relativ schwach, weil die Krankenhausgesellschaften auf Bundes- und Landesebenen keine Körperschaften des öffentlichen Rechts sind und auch zwischen den Krankenhäusern v.a. aufgrund unterschiedlicher Besitzverhältnisse (Trägervielfalt, vgl. oben 3.4.1) Interessenunterschiede bestehen (Alber 1992).

Gesundheitspolitisch bedeutet diese historisch gewachsene komplizierte Regulierungsstruktur des Krankenhausesektors mit ihren zahlreichen Akteuren und Vetopositionen v.a. hohe Hürden gegen Reformen, die dem Krankenhaus einen seinen Möglichkeiten und Grenzen entsprechenden Platz im Rahmen eines integrierten Gesamt-Versorgungssystems schaffen und einräumen.

Die in Deutschland besonders strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gilt als Musterbeispiel für Reformblockaden in der Krankenversorgung (Rosewitz/Webber 1990). Mangels Konsens über und Durchsetzungsmöglichkeiten für übergreifende Reformen im Sinne einer patientenorientierten und integrierten Versorgung werden an den Übergängen zahlreiche kleinere und größere Öffnungen in beide Richtungen diskutiert und z.T. auch geschaffen:

- Belegärzte im Krankenhaus,
- vor- und nachstationäre Behandlung durch das Krankenhaus,
- ambulantes Operieren innerhalb und außerhalb des Krankenhauses,
- Praxiskliniken außerhalb des Krankenhauses,
- ambulante Pflegedienste am Krankenhaus etc.,

(vgl. u.a. Beinert 1994; Globig 1996; Rathje 1997; Schaeffer/Moers 1994; zum Überblick vgl. Simon 1997: 61-63). Diese Änderungen vermögen aber das Grundproblem nicht zu beseitigen. Dieses liegt im Fehlen eines klaren und konsensfähigen bzw. durchsetzbaren Konzepts einerseits der institutionellen Zuordnung von Versorgungsaufgaben an Allgemein- und Spezialmedizin, Akut- und Spezialkrankenhäuser verschiedener Versorgungsstufen, (ambulante und stationäre) Rehabilitationseinrichtungen, Pflegeheime etc. und andererseits der Arbeits-

teilung zwischen den Berufsgruppen in der Krankenversorgung (Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Physio- und Psychotherapie etc.) (Badura et al. 1993).

Fixierung auf Krankenhausinterne Anreize

Die vier vorgenannten Faktoren führen dazu, daß Lösungen v.a. in der Veränderung einzelwirtschaftlicher Anreizsysteme innerhalb des Krankenhauses gesehen werden (BMA 1989). Bis 1985 waren die Pflegesätze der Krankenhäuser voll kostendeckend kalkuliert, falls erforderlich wurden Fehlbeträge nachträglich erstattet. Diese Regelung bietet den Krankenhäusern einerseits die Möglichkeit, Patienten ohne Zeit- und Kostendruck zu behandeln (und ist insoweit in der Regel qualitätsfördernd), schafft aber andererseits einen Anreiz zur Maximierung der Liegetage (und ist insoweit kostentreibend). Seit 1985, und systematisch verstärkt durch das Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 und die Bundespflegesatzverordnung 1995, werden die Krankenhausentgelte mit Hilfe von Fallpauschalen und Sonderentgelten auf prospektive Finanzierungsformen umgestellt: Mit einer Fallpauschale werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen Behandlungsfall mit einem Betrag vergütet, unabhängig von der Verweildauer und den tatsächlich entstandenen Kosten. Sonderentgelte sind pauschale Vergütungen für einen Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen (Leistungskomplexe). Mit einem Sonderentgelt werden nur die Personal- und Sachkosten für eine Operation oder diagnostische Maßnahme vergütet. Zusätzlich ist von der Kasse der entsprechende Abteilungspflegesatz (für ärztliche und pflegerische Tätigkeit sowie veranlaßte Leistungen) sowie der Basispflegesatz (Pauschale für Unterkunft und Verpflegung) zu vergüten (vgl. Abb. 18, zum System der Krankenhausfinanzierung vgl. Tuschen/Quaas 1995).

Abb. 18: Struktur des Entgeltsystems für Krankenhäuser nach dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) 1995

Quelle: Neubauer/Zelle 1996

Erläuterung: Erklärter politischer Wille ist es, die Krankenhäuser durch materielle Anreizsysteme, in denen sie sowohl Gewinne wie Verluste machen können, zu wirtschaftlichem Handeln anzuhalten. Dem dienen pauschalierte Vergütungen, die unabhängig von den tatsächlich im Einzelfall erbrachten Leistungen bzw. Liegetagen gezahlt werden. Über Fallpauschalen und Sonderentgelte werden derzeit rund 25 % der Krankenhausumsätze abgerechnet.

Mit der prospektiven Vergütung in Form von Fallpauschalen und Sonderentgelten, aus denen sich gegenwärtig 20-30 % der Krankenhausbudgets finanzieren, geht das wirtschaftliche Risiko schwieriger und komplizierter Fälle auf die Krankenhäuser über - mit der Möglichkeit, Gewinne und Verluste zu machen. Damit wird ein starker Anreiz zur Kosteneinsparung gesetzt, der sich aber anreizgemäß auch in Minderungen der Behandlungsqualität (z.B. durch - meist informelle - Abweisung schwieriger Fälle bzw. zu kurze Liegezeiten) auswirken kann (Simon 1997). Verstärkt werden solche gesundheitlich und sozial unerwünschten Wirkungen (vgl. oben 12.) unter den Bedingungen der Vorgabe fixer Budgets für die Krankenhäuser ('sektorales Budget'), wie sie u.a. durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG, 1992) festgelegt wurden (Düllings 1996; Kuhlmann 1998; Simon 1996, 1997).

Die gesundheitspolitisch ungelöste Steuerungsaufgabe besteht nach wie vor darin, Anreize auf das Krankenhaus als Institution und auf die Entscheidungsträger und Berufsgruppen in seinem Innern so zu instrumentieren und auszutarieren, daß einerseits das Interesse an flächendeckender und qualitativ guter Patientenversorgung keine Ressourcenvergeudung provoziert, und daß

andererseits das Interesse an sparsamer Leistungserbringung nicht zur Diskriminierung - betriebswirtschaftlich gesehen - unattraktiver Patienten und zu Qualitätseinbußen führt.

Vernachlässigung krankenhauser interner Organisationsprobleme

Wegen der vorwiegend finanzwirtschaftlichen Behandlung des Krankenhauses durch die staatliche Gesundheitspolitik und begünstigt durch die komplexe Zuständigkeits- und Regulationsstruktur bleiben zentrale Problembereiche der Krankenhäuser weitgehend unbearbeitet. Dazu zählen v.a.(vgl. Müller/Simon 1994)

- die komplexe und hierarchisch-starre Organisationsstruktur unter klarer Dominanz der Medizin, und zwar auch dort, wo dies für die Erfüllung der Versorgungsaufgaben dysfunktional ist (Rohde 1974);
- die untergeordnete und abhängige Rolle der Pflege und des Pflegepersonals, die ihrer zentralen Stellung im Krankenhausprozeß widerspricht (am Beispiel von Intensivstationen: Wilhelm/Balzer 1989);
- der ungesteuert zunehmende Technikeinsatz, der den professionellen Blickwinkel in der Behandlung immer mehr auf einzelne Organe und Funktionen verengt und zunehmend auch im Hinblick auf naturwissenschaftlich-technische Effektivität und Effizienz sowie auf die Beachtung ethischer Grundsätze infrage gestellt wird (Feuerstein/Badura 1991);
- die randständige Rolle der PatientInnen, die vom Krankenhaus weder im Hinblick auf ihre Bedürfnisse (Vertrauensbeziehungen, Zuwendung etc.) noch im Hinblick auf die in einem Krankenhausaufenthalt liegenden Chancen (verschiedene Formen der v.a. aktivierenden Gesundheitsförderung, vgl. oben 3.2.3) hinreichend ernst genommen werden (vgl. u.a. Schott 1993).

Gesundheitspolitisch erforderlich sind dazu tiefgreifende Veränderungen (im Vergleich zu anderen Ländern und anderen Institutionen zum Teil als nachholende Modernisierungen):

- des Krankenhausmanagements (Zuschnitt von Aufgaben- und Verantwortungsbereichen; Führungsstil; Motivation);
- der Kooperationsstrukturen und Arbeitsabläufe auf den Stationen (z.B. Gruppen- bzw. Zimmerpflege; Arbeitszeit- und Fortbildungsregelungen);
- des Selbstverständnisses von Medizin und Pflege im Hinblick auf Ziele und Wege der Patientenversorgung;
- der Rolle der PatientInnen im Krankenhaugeschehen (PatientInnen-Orientierung).

Die Krankenhäuser sollen in ihrem Zuständigkeitsbereich eigenverantwortlich und wirtschaftlich gesichert die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung zu sozial tragbaren Kosten sicherstellen (sinngemäß KHG § 1). Wichtigste Hindernisse auf diesem Weg sind

- eine nicht aufgaben- und verantwortungsgerechte Verteilung von Aufgaben und Zuständigkeiten in der staatlichen und verbandlichen Regulierung (externe Reformblockaden);
- eine starr-hierarchische Organisationsstruktur unter bislang medizinischer, zunehmend aber auch betriebswirtschaftlicher Dominanz (interne Reformblockaden) sowie

- die weitgehende Verengung des Blickwinkels auf die finanzwirtschaftlichen Aspekte der stationären Versorgung.

3.4.3.5 Konkurrenz und Solidarprinzip

Nachdem das von Bismarck gewollte (vgl. oben, 2.2.) berufsständische Gliederungs- und Zuweisungsprinzip der GKV historisch obsolet und durch Beitragssatz-Unterschiede von bis zu 100 % (Beitragssätze je nach Kassen zwischen 8 % und 16 % vom Bruttoeinkommen bei gleichem Leistungsanspruch) überdies sozialpolitisch zum Skandal geworden war, stand in den achtziger Jahren eine politische Richtungsentscheidung an: die eine Möglichkeit wäre die Modernisierung der solidarischen Versicherungsstrukturen, die Bildung von Versorgungs- und Versicherungsregionen mit Solidarausgleich und die Entwicklung partizipativer Strukturen der Systemsteuerung und -entwicklung gewesen. Im Gefolge der derzeit vorherrschenden Ideologie, in der der Abbau staatlicher Vorschriften (Deregulierung) sowie die ubiquitäre Überlegenheit des Wettbewerbs als Regulierungsform den Rang von unhinterfragbaren Glaubenssätzen (Dogmen) einzunehmen scheinen, wurde die zweite Alternative gewählt (vgl. Kontroversen in: Deutscher Bundestag 1990, Bd. 1, S. 451 - 463).

Seit Ende der achtziger Jahre wird infolgedessen durch Änderungen am SGB V in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ein grundlegender Wandel des Regulierungstyps betrieben. Aus öffentlich-rechtlichen und staatlich kontrollierten Institutionen der Leistungssteuerung und -finanzierung ('Parafisci') sollen ökonomisch miteinander konkurrierende Marktsubjekte werden. Davon sollen auf alle Akteure (Kassen, Leistungserbringer, Versicherte) belebende Impulse zu mehr Innovation, Effektivität, Kundenorientierung, Sparsamkeit etc. ausgehen. Der Staat könnte sich beim Funktionieren von Marktkräften auf seine Rolle als Aufsicht zurückziehen. Kritiker verweisen mit Blick auf breite historische und internationale Erfahrungen darauf, daß ökonomisch-konkurrenzgesteuerte Systeme der Krankenversicherung und der Krankenversorgung stets einer Reihe von sich im Zeitablauf verstärkenden Defiziten hervorbringen: in der Tendenz suchen und umwerben sie Kundenkreise bzw. Versicherte mit hohen Beiträgen und geringen Ausgaben (Jagd auf 'gute Risiken', 'Rosinenpicken' als Marktstrategie). Das heißt, sie bevorzugen Wohlhabendere mit geringeren Gesundheitsrisiken und weniger Gesundheitsproblemen, und sie benachteiligen ärmere, ältere und chronisch kranke Versicherte.

Durch Marktkonkurrenz gesteuerte Krankenversicherungen setzen damit das Solidarsystem unter Dauerbelastung, anstatt es zu stützen. Zudem führen sie durchweg zu mehr Bürokratie (bei Staat, Versicherungen, Leistungserbringern und Versicherten). Wettbewerb führt außerdem zum Verlust einfacher, übersichtlicher und administrativ billiger Organisation des Zugangs, der Nutzung und der Finanzierung des Versorgungssystems.

Im Zuge der Durchsetzung von Markt- und Konkurrenzprinzipien in der GKV haben seit 1996/97 alle Versicherten das Recht, ihre Krankenkasse selbst zu wählen und auch zu wechseln (Wahlfreiheit). Die Kassen dürfen bei der Aufnahme niemanden diskriminieren (Kontra-

hierungszwang). Der spontanen Tendenz zur Konkurrenz um „gute Risiken“ (und damit der formellen und informellen, tariflichen und sozialen Benachteiligung „schlechter Risiken“) soll durch einen Beitragsausgleich auf der Einnahmeseite entgegengewirkt werden (Risikostrukturausgleich, s.o. 3.4.1). Die Kassen erhielten 1997 Instrumente, um - bei formell aufrechterhaltenem Solidarprinzip und einheitlichem Leistungskatalog für alle Versicherten - eine möglichst gute Marktposition durch Vertragspolitik sowohl mit den Versicherten als auch mit den Leistungsanbietern anzustreben. Versichertenseite: Sonderleistungen gegen Sonderbeitrag (ohne Arbeitgeberanteil); unterschiedliche Tarife mit unterschiedlichem Direktzahlungsanteil, Rückerstattung eines Monatsbeitrags bei Nichtinanspruchnahme von Leistungen während eines Jahres; Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen als „Privatpatient“ bei Erstattung des Kassenanteils gegen Einreichung der Rechnung. Leistungserbringer: bedeutsam v.a. Modellversuche zu neuen Kooperations- und Vergütungsformen in der Versorgung (z.B. Ärztenetzwerke zur besseren Versorgungscoordination und zur Verminderung von Krankenhausweisungen), aber z.B. keinen Einfluß auf Kapazitäten medizinischer Technologie (die Großgeräteverordnung, mit der eine bedarfsgerechte Verteilung z.B. von Computer- bzw. Kernspintomographen erreicht werden sollte, wurde abgeschafft), kein regulativer Einfluß auf Arzneimittelangebot (Abschaffung der Positivliste s.o. 3.4.3.3) etc.

Die ersten Jahre der Erfahrung mit dem Wettbewerbsprinzip in der GKV haben einerseits positive Effekte einer Strukturbelebung erbracht (stärkere Dienstleistungsorientierung der Kassen, durchweg professionelle Entwicklung der Gesundheitsförderung als erstem „freigegebenen“ Wettbewerbsfeld etc.). Sie haben aber auch Befürchtungen bestätigt: offenes und verdecktes „Rosinenpicken“, Wettbewerbs- statt Qualitätsorientierung, Desolidarisierung des GKV-Systems gegenüber staatlicher Politik und Versicherten etc.

Während sich zahlreiche Bemühungen darauf richten, diese unerwünschten Wirkungen zu mildern, wird oft übersehen, daß sich auf dem von der marktliberalen Regierung und der sie tragenden gesellschaftlichen Kräfte eingeschlagenen Weg tatsächlich kaum eines der gravierenden Probleme der Struktur und Qualität der Versorgung lösen läßt, aber das Solidarprinzip in der GKV auf mindestens vier Ebenen untergraben wird (vgl. Rosenbrock 1997b):

1. Seit der Pflegeversicherung werden die Arbeitgeber zunehmend aus der strengen Pflicht paritätischer Mittelaufbringung entlassen (vgl. oben 3.4.1). Seit den Neuordnungsgesetzen zur GKV des Jahres 1997 gibt es auch in diesem System Leistungen (durch Satzung von jeder Kasse festzulegende „Zusatzleistungen“, darunter Prävention und Gesundheitsförderung, sowie Zuschüsse zur Instandhaltung von Krankenhäusern 1997 - 1999 („Krankenhausnotopfer“), für die nur noch der Versicherten, nicht aber mehr der Arbeitgeber Beitrag zahlt. Mit Fortschreiten dieser Entwicklung ist davon auszugehen, daß bei diesen auch - anreizgerecht - das Interesse an rationaler Steuerung der Krankenversorgung nachläßt. Diese Entwicklung verschiebt die Machtrelationen zuungunsten der GKV: die Verhandlungsposition gegenüber Leistungsanbietern aber auch dem Staat wird schwächer, wenn steigende Kosten der GKV nicht auch zugleich steigende Lohnnebenkosten bedeuten. Außerdem unterhöhlt diese Entwicklung die bislang als konstitutiv für das ökonomische und soziale

Funktionieren der Bundesrepublik angesehenen „Sozialpartnerschaft“ zwischen Kapital und Arbeit in der Sozialpolitik, und sie läuft im Kern auf eine Verschlechterung der Verteilungsposition der abhängig Beschäftigten hinaus (da diese zukünftige Kosten- und Beitragserhöhungen alleine zu tragen hätten).

2. Die Marktkonkurrenz zwischen „reichen“ und „armen“ Kassen be- und verhindert nicht nur oft sinnvolle Kooperation im Hinblick auf Vertragsgestaltung und Versorgungssteuerung, sondern führt auch zu beständigen Auseinandersetzungen zwischen den Kassen über die gegenseitigen Vorwürfe des „Rosinenpickens“ und sowie den Sinn und die Höhe des Risikostrukturausgleichs. Da nach Untersuchungen z.B. aus den USA die „teuersten“ 10 % der Versicherten ungefähr 60 % der Kosten verursachen (Schwartz/Busse 1994; Evans 1997), verspricht deren Abschiebung zu anderen Kassen ein erheblich besseres Marktergebnis als das mühsame Ringen um Detailverbesserungen des Versorgungssystems. Versuche, den Risikostrukturausgleich zu verstärken, z.B. durch Berücksichtigung von Härtefällen oder - allgemein - von Morbiditätskomponenten, werden durch Forderungen nach seiner gänzlichen Abschaffung beantwortet. Die bestehenden Ungleichheiten von Marktchancen, v.a. zwischen Ortskrankenkassen auf der einen und Betriebs- und Ersatzkassen auf der anderen Seite werden nicht vermindert.

3. Die Finanzierung der GKV aus Beiträgen nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten in Form eines festen Prozentsatzes vom Einkommen führt zu einem beständigen Solidarausgleich zwischen jüngeren und älteren, ärmeren und reicheren Versicherten, zwischen großen und kleinen Familien sowie zwischen Männern und Frauen. Die seit 1997 möglichen Beitragsdifferenzierungen z.B. in Form von Beitragserstattungen, differenzierten Direktzahlungsanteilen entziehen diesem Solidarausgleich Ressourcen, lenken die Aufmerksamkeit der Kassen auf „gute Risiken“, können bei ärmeren Versicherten zu finanziellen Überforderungen im Krankheitsfall durch zu hoch gewählte Direktzahlungen führen etc. Insgesamt kann diese Tendenz dazu führen, daß die Tarifgestaltung der GKV immer näher an die der PKV heranrückt, in der die Beiträge nach dem individuellen Risiko kalkuliert werden. Teilweise wird dies von Vertretern der akademischen Gesundheitsökonomie offen angestrebt (vgl. z.B. Henke 1997).

4. Grundgedanke jeder Versicherung ist der Solidarausgleich zwischen denen, die einen Schaden erleiden, und jenen, die schadensfrei bleiben. In der Krankenversicherung ist im Grunde jede Direktzahlung („Selbstbeteiligung“) eine Verletzung dieses Prinzips. Zugleich mit den Schritten zur Freigabe des Kassenwettbewerbs im Jahre 1997 hat der Gesetzgeber festgelegt (allerdings für 1998 zunächst befristet wieder ausgesetzt), daß jede Beitragserhöhung, die nicht nachweislich durch den Risikostrukturausgleich verursacht ist, gleichzeitig zu massiven Erhöhungen der Direktzahlungen führt. Im Ergebnis bedeutet dies, daß von künftigen Kostensteigerungen die Arbeitgeber und die (gesunden und kranken) Versicherten je ein knappes Drittel (31 %), die Kranken aber knapp 40 % (38 %) zu tragen haben. Sozialen Härten soll durch Härtefallregelungen und Überforderungsklauseln vorgebeugt werden (Befreiung von der Zuzahlung). Erfahrungen mit der Sozialhilfe verweisen auf die Gefahr, daß insbesondere arme und wenig gebildete Versicherte den „Eingang“ in dieses

System (aus Mangel an Systemkenntnis, aus Angst vor 'Bürokratie', oder aus Scham) nicht finden. Festzuhalten ist außerdem, daß vor den bislang für alle Versicherten umstandslosen Rechtsanspruch auf Krankenversorgung nunmehr für Bedürftige die oft als entwürdigend empfundene Schwelle der Offenlegung aller Einkünfte vor der Inanspruchnahme gelegt worden ist.

Die zunehmende Orientierung der GKV an Markt- und Wettbewerbsprinzipien deutet auf einen grundlegenden Paradigmenwechsel in der Zielstellung und der Regulierung des Systems hin. Lange Zeit bestand Konsens darüber, daß das GKV System drei Aufgaben zu erfüllen hat (Rosenbrock 1996):

Gesundheitliches Ziel: Sicherstellung einer bedarfsgerechten, erreichbaren und dauerhaft funktionsfähigen Versorgung mit den medizinisch und gesundheitlich als notwendig und ausreichend erachteten Leistungen für die gesamte Bevölkerung.

Ordnungspolitisches Ziel: Beitrag zur Sicherung der (zunehmend gefährdeten) gesellschaftlichen Integration durch Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung ohne ökonomische und soziale Diskriminierung.

Wirtschaftliches Ziel: Finanzierung, Steuerung und Strukturentwicklung der größten Wirtschaftsbranche nach den Kriterien Bedarf und Kostenminimierung (und nicht: kaufkräftige Nachfrage und Gewinnmaximierung)

An die Stelle dieses Programms scheint ein neues zu treten

1. Kostendämpfung und rationale Steuerung verlieren ihre Priorität gegenüber der Entwicklung von Medizin und Krankenversorgung als Wachstumsmarkt (vgl. SVRKAiG 1997). Infolgedessen besteht das zentrale Problem darin, „neues Geld ins System“ zu pumpen. Da eine Finanzierung dieses Wachstums aus den GKV-Beiträgen angeblich (vgl. dagegen Kühn 1997) die Lohnnebenkosten zulasten der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft zu stark erhöhen würde, wurden als primäre Quelle hierfür die Direktzahlungen der Kranken gewählt.
2. Als Motor für diese Wachstumsbranche gilt der Mechanismus der ökonomischen Konkurrenz (Kühn 1995, 1997). Ungelöst bleibt dabei das Dilemma, daß dort, wo Versicherung und Versorgung marktwirtschaftlich organisiert sind, die Versicherten mit den geringsten Einkünften wegen ihrer im Durchschnitt auch schlechteren Gesundheitslage stets die - auch absolut! - höchsten Beiträge zu zahlen hätten. Nutznießer von Aushöhlungen des Solidarprinzips zugunsten ökonomischer Konkurrenz sind neben Leistungsproduzenten v.a. wohlhabendere Bevölkerungsschichten, die dann nicht mehr die Last des Solidarausgleichs zu tragen haben (Evans 1997).
3. Gesundheitspolitik wird durch die skizzierten Regulierungen den Prinzipien der Logik der derzeit dominanten Wirtschaftspolitik für den „Standort“ Deutschland untergeordnet. Im Kern geht es dabei um Verschlechterungen der Verteilungs- und Rechtspositionen der ab-

hängig Beschäftigten. Unberücksichtigt bleibt, daß auf diese Weise Fundamente des deutschen Sozialmodells („rheinischer Kapitalismus“, „Sozialpartnerschaft“) ohne Not unterspült werden.

3.4.4 Ist das Krankenversorgungssystem reformierbar?

Diese Beispiele könnten um zahlreiche weitere Fälle aus der Krankenversorgungspolitik vermehrt werden, in denen sich Strukturen und Regulierungen als nicht reformierbar erwiesen, obwohl die Reformnotwendigkeit im Grunde unstrittig war bzw. ist. Hierzu zählen die vielen, faktisch gescheiterten Versuche einer patientInnenorientierten und wirtschaftlicheren Gestaltung des Verhältnisses zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (vgl. oben 3.4.3.4.). Zu nennen wären die Beschneidung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zugunsten der kasernenärztlichen Versorgung, die Schwierigkeiten einer sachgerechten Organisation von Zugangs- und Qualitätskontrolle (vertrauensärztlicher Dienst bzw. Medizinischer Dienst der Krankenkassen, MDK) etc. All dies verweist auf die hohe Resistenz des Krankenversorgungssystems und der GKV auch gegenüber sozialmedizinisch und sozial- wie finanzpolitisch gut begründeten Reformvorhaben und *policy*-Vorschlägen (vgl. Rosewitz/Webber 1990). Zugleich läßt sich aber auch beobachten, mit welcher Leichtigkeit Grundstrukturen, die Voraussetzungen für zielführende Reformen bieten könnten, ohne erkennbare attraktive Alternativen aufgegeben werden (vgl. oben 3.4.1 und 3.4.3.5.). All dies zeigt, daß Makro-Einflüsse (wie z.B. die Ausflüsse neoliberaler Wirtschaftspolitik) und Veto-Positionen einflußstarker Interessengruppen in den meisten Fällen die wichtigsten Hindernisse gegen sachgerechte Reformen darstellen. Wer solche Reformen will, kann sich deshalb nicht auf die Formulierung von Programmen und Zielvorstellungen beschränken, sondern muß die Frage der Überwindung dieser Hindernisse (*politics*) in die Konzept- und Programmentwicklung einbeziehen.

Vetopositionen gegen die sachgerechte Weiterentwicklung des Versorgungssystems können im gegenwärtigen Regulierungstyp oft nur unter starkem öffentlichen Druck und meist nur geringfügig und im Rahmen von politischen Tausch- und Kompensationsgeschäften modifiziert werden. Die gegenseitigen Verflechtungen der mit und um Markt-, Staats- und Verbandsmacht kämpfenden Akteure sowie der hohe Konsensdruck führen im Ergebnis dazu, daß in der Krankenversorgungspolitik in den letzten Jahrzehnten fast durchweg nur noch Ergebnisse erzielt werden, die mit der liberal-konservativen 'Sozialidee' (vgl. Kap. 2.1.3) übereinstimmen, während Elemente aus der ursprünglich von der Arbeiterbewegung entwickelten und eingebrachten solidarischen 'Sozialidee' allenfalls programmatisch präsent sind (z. B. A. Schmidt et al. 1987/88; vgl. auch die Kontroversen in: Deutscher Bundestag 1990, Bd. 2).

Hoffnungen, daß die strukturkonservierenden Vetopositionen im Rahmen der gegebenen Regulierung in der langen Frist überformt und ihre gesundheitlich kontraproduktiven Wirkungen - sozusagen von selbst - neutralisiert werden, können kaum auf erfolgreiche historische Beispiele verweisen.

Andererseits zeigen auch die im Rahmen der liberal-konservativen 'Sozialidee' verbleibenden Erfolge in der Rationalisierung und Koordination durch Verbände und Staatssteuerung, daß

sowohl das Krankenversorgungssystem als auch die GKV prinzipiell politischer Steuerung und Veränderung zugänglich sind. Der Engpaß staatlicher Steuerung scheint immer noch mehr im 'Wollen' als im 'Können' der jeweiligen Bundesregierung zu liegen (Mayntz 1990). Innovative Impulse können nicht nur aus Wechseln der Programmstruktur infolge veränderter Regierungszusammensetzungen (vgl. Döhler 1990), sondern auch aus der Veränderung einiger Kontextvariablen resultieren: In der Bevölkerung nehmen kritische Einstellungen gegenüber der Problemelektivität, der Versorgungsqualität und der Finanzierung der Krankenversorgung nach wie vor. Gesundheitsbezogene Themen (aus Prävention und Krankenversorgung) finden sich auf der Agenda sämtlicher alter und neuer sozialer Bewegungen auf oberen Plätzen und tragen zum großen Teil zur Mobilisierungskraft dieser Bewegungen bei. Unter den Ärzten vollzieht sich seit dem eher kurzfristigen Auftreten einer eigenständigen Gesundheitsbewegung in den achtziger Jahren ein tiefgreifender sozialmedizinisch orientierter Wandel des Selbstverständnisses (vgl. z.B. Schmacke 1997), der (z.B. in Ärztekammerwahlen) zum Teil bereits mehrheitsfähig geworden ist. Die Entwicklung interdisziplinärer Gesundheitswissenschaften (Public Health, Pflege; vgl. Schaeffer/Moers/Rosenbrock 1994) professionalisiert sich. Im Öffentlichen Gesundheitsdienst kommt es immer wieder zu bemerkenswerten Reforminitiativen (vgl. Schmacke 1995). In Gesundheitsadministrationen in Kassen und staatlichen Stellen rücken zunehmend gesundheitswissenschaftlich qualifizierte Professionals in Entscheidungspositionen auf.

4 Gesundheit als Gegenstand von Politik

Gesundheitspolitik ist noch weniger als andere Politiken durch ein bestimmtes staatliches Ressort, einheitliche Handlungs- bzw. Regulierungstypen oder Akteure zu beschreiben (vgl. oben, Kap. 1.1). Gesundheit ist einerseits Querschnittsaspekt nahezu aller Politikbereiche (implizite Gesundheitspolitik) und läßt sich andererseits auch in explizit der Gesundheit zugeordneten Politikfeldern nicht ohne Berücksichtigung konkurrierender Ziele und Werte konzipieren und durchsetzen. Gesundheitspolitik ist bevölkerungsbezogenes Management von Gesundheitsrisiken vor und nach ihrem Eintritt. Sie kann - normativ - beschrieben werden als das beständige Bemühen, Erkenntnisse aus Sozialepidemiologie, Sozialmedizin, Pflege und Gesundheitsforschung in Informationsströme, Anreizsysteme, Handlungsbedingungen und Institutionengestaltung umzusetzen. Gesundheitspolitik findet statt in zahlreichen Konfigurationen aus Themen, Akteuren, Institutionen und Staatsfunktionen. Jede dieser Arenen hat eigene Problemelektivitäten und eröffnet für unterschiedliche Gesundheitsprobleme unterschiedliche Chancen für Themenkarrieren. Das führt u.a. dazu, daß in verschiedenen Arenen die Gefahren und Risiken sowie die Vor- und Nachteile von Interventionen völlig unterschiedlich wahrgenommen bzw. bewertet werden und auch die Bearbeitung entsprechend differiert (Unterschiede in Risikowahrnehmung, Risikokommunikation, Risikoabschätzung und Risikomanagement).

Vor dem Hintergrund dieser Vielfalt und Unterschiede lassen sich sechs Defizite bzw. Erfordernisse gegenwärtiger Gesundheitspolitik formulieren, die in sämtlichen Feldern:

- Gesundheitsberichterstattung;

- Primärprävention;
- Sekundärprävention;
- Krankenversorgung/Tertiärprävention;
- Finanzierung und Steuerung

und für alle vier Stufen des *Public Health Action Cycle* (Problemabschätzung, Strategie- und Maßnahmeentwurf, Umsetzung und Evaluation) von Bedeutung sind:

1. Strukturelle und psychosoziale Bedingungen, die eine Aktivierung und direkte Partizipation sowie explizite Wahrnehmung von Gesundheitsinteressen ermöglichen bzw. fördern, sind ein positiver Beitrag zur Gesundheit der jeweiligen Bevölkerung.

Betroffenenartikulation erlaubt - bis auf einige wichtige Ausnahmereiche (z.B. giftige Stoffe, Strahlen) -, eine frühere und präzisere Problemwahrnehmung als andere Diagnoseinstrumente. Aktivierung, Partizipation und öffentliche Diskussion erbringen wichtige Anhaltspunkte für die Gestaltung von Gesundheitsmaßnahmen, erhöhen die Durchsetzungschancen für Gesundheitsprojekte, schaffen Legitimation für gesundheitspolitische Entscheidungen und scheinen darüber hinaus einen unspezifischen Schutz gegenüber Gesundheitsbelastungen zu bieten (*social support*).

2. Gesundheitsrisiken, Erkrankungen, Bewältigungsmöglichkeiten und Lebenserwartung sind sozial ungleich verteilt. Diesem massiven sozialpolitischen Defizit kann mit der formellen Gleichheit beim Zugang zu Leistungen des kurativen, betreuenden und rehabilitativen Bereichs nicht wirksam begegnet werden.

Gesundheitsforschung und -politik, die die ungleiche Chancenverteilung nach Schichten, Gruppen und Lebenslagen nicht als aktive Gestaltungsaufgabe aufgreifen, perpetuieren diese Ungleichheit, und teilweise verstärken sie diese. Wissenschaftlich und politisch ist unter der Perspektive gesundheitlich positiver Wirksamkeit eine Alternative zu teilgruppenspezifischen Konzepten und Strategien nicht erkennbar ('positive Diskriminierung' für unterprivilegierte Gruppen).

3. Die Entwicklung der Problemlagen und der Bewältigungsmöglichkeiten innerhalb und außerhalb der Medizin läßt die Konzentration der Gesundheitspolitik auf Probleme der Kurativmedizin ineffizienter und kaum noch effektiver werden.

Gesundheitpolitisch geboten wäre eine Schwerpunktbildung auf Strategien spezifischer und unspezifischer Prävention sowie Gesundheitsförderung.

4. Ein Grund für die Untergewichtung der Prävention liegt in dem Umstand, daß das Medizinsystem nicht nur eine Gruppe von wissenschaftlichen Disziplinen und damit eine unverzichtbare Expertise repräsentiert, sondern sich zu einem hochvermachteten Komplex ausgewachsen hat.

5. Expertise, ökonomische Interessen und politischer Einfluß haben sich dabei in einer Weise amalgamiert, die durch eine aktive Handhabung des Definitionsmonopols über Gesundheits- und Versorgungsprobleme auch weitgehend sowohl das Marktvolumen als auch die Absatzbedingungen der selbstproduzierten Leistungen bestimmt. In der Konzentration des Medizinsystems auf jene großen und unverzichtbaren Aufgaben, für die es tatsächlich kompetent und geeignet ist, sowie im gleichzeitigen Aufbau von Strukturen nicht-medizinischer Prävention und Pflege, sozialer Unterstützung und Gesundheitsförderung liegt die zentrale gesundheitspolitische Steuerungsaufgabe der Zukunft. Daß dabei Sozial-, einschließlich der Pflegewissenschaften und Medizin auf beiden Feldern eng und gleichberechtigt zusammenarbeiten müssen, scheint evident.
6. Die politische Regulierung des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheitsproblemen besteht in unterschiedlichen Mischungsverhältnissen wesentlich aus Gebot/Verbot (z.B. durch staatliche oder professionelle Norm), Aushandlung (z.B. zwischen Verbänden), Verkauf/Kauf (über den Markt), Expertise (von medizinischen und nicht-medizinischen Disziplinen) und Partizipation (Aktivierung Betroffenenkompetenz sowie Wahlen). Unter diesen üben die Regulierung über Marktmechanismen oder marktanaloge Anreizsysteme einen vielfach bestimmenden und zudem expandierenden Einfluß aus. Die dadurch hervorgebrachten Politikergebnisse entsprechen nur auf wenigen Feldern einer zielbezogenen und wirkungsorientierten Gesundheitspolitik, auf vielen Feldern führen sie zu mehr Chancengleichheit, Qualitätsabbau und mehr „to-ten“ Kosten (für Wettbewerb, Bürokratie etc.).

Diese Befunde begründen eine erhebliche Skepsis gegenüber der derzeit vorherrschenden Tendenz, Markt und ökonomische Konkurrenz als nahezu ubiquitär geeignete Regulierungsformen anzusehen, statt nach problemspezifischen Mischformen zwischen allen verfügbaren Regulierungsformen zu suchen.

7. Ökonomische und politische Konjunktoren sowie längerfristige Trends kapitalistischer Formierung des Sozialstaats haben bedeutende Auswirkungen auf das Gewicht des Gesundheitsthemas in den verschiedenen Arenen, auf Ressourcenzuweisung, Anspruchsberechtigungen sowie auf die Durchsetzungsfähigkeit von Interessen eher unterprivilegierter Gruppen.

Jeder makro-politischen Konjunkturlage entsprechen darüber hinaus unterschiedliche Ausprägungen des Gesellschafts- und Menschenbildes.

Gegenwärtig nimmt eine Sichtweise zu, in der tendenziell jeder seines Glückes Schmied und also auch verantwortlich für die Ketten seines Unglücks ist. Solche Ideologien und die ihnen zugrundeliegende konservative 'Sozialidee' (Heimann 1929) sind kaum förderlich für Konzepte der kollektiven Artikulation von gesellschaftlich bedingten Gesundheitsproblemen und der politischen Mobilisierung zur Durchsetzung von Veränderungsstrategien, die auf eine Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit vor Krankheit und Tod abzielen.

Es gehört zu den Aufgaben wissenschaftlicher Beschäftigung mit Gesundheitspolitik, darauf hinzuweisen, daß sich damit der Abstand zwischen dem gesundheitlich Möglichen und dem Tatsächlichen weiter vergrößert.

5 LITERATUR

Abholz, H.-H. (1994): Grenzen medizinischer Prävention, in: R. Rosenbrock, H. Kühn, B. Köhler (Hg.), 54-82

Abholz, H.-H. (1990): Die Gesundheitsuntersuchung - ein Früherkennungsprogramm als Spiegel bundesdeutscher Gesundheitspolitik, in: Arbeit und Sozialpolitik, 44ff., sowie die Kontroverse dazu: ebda., 68ff.

Abholz, H.-H. (1988): Was ist Früherkennung, was kann sie leisten? in: Grenzen der Prävention, Argument Sonderband AS 178, Hamburg: Argument

Abholz, H.-H., D. Borgers, K. Krusewitz (1981): Chronische Bronchitis. Von der medizinischen Intervention zur Umweltkontrolle, in: Prävention, Argument-Sonderband AS 64, Berlin: Argument, 52-78

Alber, J. (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise, Frankfurt/M., New York: Campus

Altgeld, Th., I. Laser, U. Walter (Hg.)(1997): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse, Weinheim und München: Juventa

American Nurses' Association (1980): Nursing. A Social Policy Statement, Kansas City

Antonovsky, A. (1991): Meine Odyssee als Streßforscher, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 17: Rationierung der Medizin, Hamburg: Argument, 112-130

Antonovsky, A. (1987): Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well, San Francisco, London

Ashton, J. (Hg.) (1992): Healthy Cities, Philadelphia: Open University Press

Badura, B., P. Strodholz (1998): Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen, in: F.W. Schwartz et al. (Hg.), 574-584

Bandura, A. (1977): Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, Bd. 84, 19-215

Beinert, J. (1994): Häusliche Krankenpflege. Eine Aufgabe auch für Krankenhäuser?, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 11. Jg., Heft 6, 476-483.

BMG (1997): Der Bundesminister für Gesundheit (Hg.): Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1997, Bd. 91 der Schriftenreihe des BMG, Baden-Baden: Kohlhammer

Borgers, D. (1991): Probleme und Ziele einer epidemiologisch orientierten Gesundheitsberichterstattung, in: Das Risiko zu erkranken, Argument-Sonderband AS 193, Hamburg: Argument, 84-101

Bruckenberger, E. (1996): Künftige Krankenhausplanung in Deutschland, in: Adam, D. (Hrsg.), Krankenhausmanagement. Auf dem Weg zum modernen Dienstleistungsunternehmen, Schriften zur Unternehmensführung, Bd. 59, Wiesbaden, 133-143

BUND (1995): Bund für Umwelt- und Naturschutz e.V. Misereor u.a. (Hg.) (1995): Zukunftsfähiges Deutschland. Studie des Wuppertal Instituts für Klima, Umwelt, Energie, Bonn

Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (BMA) (1989): Erfahrungsbericht über die Auswirkungen der Krankenhaus-Neuordnung 1984, Bonn

BzgA (1995): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.): Learn to Love. Dokumentation der 1. Europäischen Fachtagung "Sexualaufklärung für Jugendliche, Köln: BzgA

Conrad, G., I. Kickbusch (1988): Die Ottawa-Konferenz, in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg: Argument, 142-150

Crawford, R. (1979): Gesundheitsgefährdendes Verhalten: Zur Ideologie und Politik des Selbstverschuldens, in: Argument-Sonderband AS 30, Berlin: Argument, 6-29

van den Daele, W., F. Neidhardt (1996): Regierung durch Diskussion - Über Versuche, mit Argumenten Politik zu machen, in dies. (Hg.): Kommunikation und Entscheidung: Politische Funktionen öffentlicher Meinungsbildung und diskursiver Verfahren, WZB-Jahrbuch 1996, Berlin: edition sigma, 9-50

Deppe, H.-U. (1987): Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar, Frankfurt/M.

Deutscher Bundestag (1994): Antwort der Bundesregierung auf die große Anfrage ... der Fraktion der SPD „Prävention in der Gesundheitspolitik“, BT-DS 12/6826

Deutscher Bundestag (1994): Antwort der Bundesregierung auf die große Anfrage ... der Fraktion der SPD „Prävention in der Gesundheitspolitik“, BT-DS 12/6826

Deutscher Bundestag (1990), 11. Wahlperiode: Endbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", BT-Drucksache 11/6380, Bonn, hier zitiert nach der Ausgabe in: Zur Sache - Themen parlamentarischer Beratung, 3/90, 2 Bände, Bonn: Universitätsdruckerei 1990

Deutscher Bundestag (1988), 11. Wahlperiode, Zwischenbericht der Enquete-Kommission "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung", BT-Drucksache 11/3267, Bonn

DFG (1995): Deutsche Forschungsgemeinschaft: Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Denkschrift, hg. v. F.W. Schwartz, B. Badura, Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft

Döhler, M. (1990): Gesundheitspolitik nach der „Wende“. Policy-Netzwerke und ordnungspolitischer Strategiewechsel in Großbritannien, den USA und der Bundesrepublik Deutschland, Berlin: edition sigma

- Doll, R. (1988): Möglichkeiten der Prävention. Das Potential für die Verbesserung der Gesundheit, in: Grenzen der Prävention, Argument-Sonderband AS 178, Hamburg: Argument 1988, 6-30
- Dubos, R. (1959): *Mirage of Health*, New York
- Düllings, J. (1996): Die Budgetierung des Krankenhaussektors: Fallstudie über Fallstricke eines falschen Paradigmas, in: Düllings, J. (Hrsg.), *Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen*, Heidelberg: R. v. Decker's, 189-208
- Elkeles, Th., A. Mielck (1997): Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, in: *Das Gesundheitswesen* 59, 137-143
- Esping-Anderson, G.: Der Einfluß politischer Macht auf die Entwicklung des Wohlfahrtsstaates, in: F. Naschold (Hg.): *Arbeit und Politik*, Frankfurt/New York: Campus, 467-503
- Eurostat (1998): Die EU altert, in: *die ZEIT* v. 21.1.98, 18
- Evans R.G. (1997): Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reforms. In: *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22 (2), 427-465
- Evans, R.G., M.L. Barer, Th.R. Marmor (eds.) (1994): *Why are Some People Healthy and Others Not?* Berlin, New York: W. de Gruyter
- Evers, A. (1997): Geld oder Dienste? Zur Wahl und Verwendung von Geldleistungen im Rahmen der Pflegeversicherung, in: *WSI-Mitteilungen*, Heft 7, 510-518
- Ewers, M. (1996): Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), P96-208
- Farquar, J.W et al. (1990): Effects of Communitywide Education on Cardiovascular Disease Risk Factors, in: *Journal of the American Medical Association*, Vol. 264, No. 3, 359-365
- Feuerstein, G., Badura, B. (1991): *Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb*, Düsseldorf
- Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hg.) (1990): *Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung*, 2 Bände, St. Augustin
- Frevert, U. (1984): *Krankheit als politisches Problem 1770 - 1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung*, Göttingen
- Friedrich, V., A. Hehn, R. Rosenbrock (1977): *Neunmal teurer als Gold. Die Arzneimittelversorgung in der Bundesrepublik*, Reinbek

Fülgraff, G.M. (1994): Das Dilemma der Umweltpolitik - Eine Bilanz, in: Schmidt, E., S. Spelthahn (Hg.): Umweltpolitik in der Defensive. Frankfurt/M.: Fischer, 13-24

Fülgraff, G.M. (1993): Die Bedeutung des Risikobegriffs im gesundheitlichen Umweltschutz, in: Jahrbuch für kritische Medizin 20: Die Regulierung der Gesundheit, Hamburg: Argument, 114-127

Fülgraff, G.M. (1991): Zur Lage der Umwelthygiene in der Bundesrepublik Deutschland, in: Elkeles, Th., J.U. Niehoff, R. Rosenbrock, F. Schneider (Hg.): Prävention und Prophylaxe, Berlin: edition sigma, 243-262

Georg, A. (1991): Nutzung von Daten der Sozialversicherungsträger zur epidemiologischen Erforschung arbeitsbedingter Erkrankungen, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hg.): Epidemiologie in der Arbeitsmedizin, Bremerhaven, 45-52

Gepkens, A., L.J. Gunning-Schepers (1996): Interventions to reduce socioeconomic health differences, in: European Journal of Public Health, Vol. 6, 218-226

Gerste, B., I. Rehbein (1998): Der Pflegemarkt in Deutschland, Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen

Globig, Karl F. (1996): Das Gegenstück zum Wettbewerb: Warum sich nicht zusammentun? Kooperation im Krankenhaus - Beispiele, Chancen und Hemmnisse, in: Krankenhaus Umschau, 65. Jg., Heft 3, S. 164-173.

Goldstein; M.S. (1992): The Health Movement. Promoting Fitness in America, New York: Twayne Publishers

Grace, V.M. (1991): The Marketing of Empowerment and the Construction of the Health Consumer: A Critique of Health Promotion, in: International Journal of Health Services, 21. Jg., 329-343

Grossmann, R., K. Scala (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement, Weinheim und München: Juventa

Grotjahn, A. (1923): Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der sozialen Hygiene, Heidelberg, Reprint 1977

Grunow, D.(1988): Selbsthilfe im Gesundheitswesen: Einstellung, Verhalten und strukturelle Rahmenbedingungen, in: Chr. v. Ferber (Hg.): Gesundheitsselbsthilfe, München

Hansen, F., M. Heisig, St. Leibfried, F. Tennstedt (1981): Seit über einem Jahrhundert ... Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik, Köln: Bund

Hauss, F. (1992): Produktionsfaktor Gesundheit. Daten und Fakten zum Krankenstand, Eschborn: RKW

Hauss, F., F. Naschold, R. Rosenbrock (wiss. Bearb.) (1981): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht 55 des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Bonn: Selbstverlag

Heimann, E.(1929): Soziale Theorie des Kapitalismus, Tübingen; Neuausgabe Frankfurt/M.: Suhrkamp 1980

Henderson, V.A. (1991): The Nature of Nursing. Reflections after 25 Years, New York

Henke K.D, (1997): Die Zukunft der Gesundheitssicherung, in: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik, Bd. 215/4+5, Stuttgart: Lucius, 478-497

Himmelstein, D.U., St. Woolhandler (1984): Free Care, Cholestyramine and Health Policy, in: The New England Journal of Medicine, Vol. 311, No 23, 1511-1514

Holland, W.W., S. Stewart (1990): Screening in Health Care. Benefit or Blame? London

Hurrelmann, K., U. Laaser (1998): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Völlig überarbeitete Neuauflage, Weinheim und München: Juventa (i.E.), 1. Aufl.: 1993

Infratest Gesundheitsforschung/ Klar, R. (1989): Umfang von Fehlbelegungen in Akutkrankenhäusern bei Patienten aller Altersklassen. Forschungsbericht des BMA, Nr. 189. Bonn.

Kirp, D., R. Bayer (Hg.) (1994): Strategien gegen Aids. Ein internationaler Politikvergleich, Berlin: edition sigma

Kirschner, W., M. Radoschewski, Kirschner, R. (1994): § 20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen, St. Augustin

Kuhlmann, E. (1997): "... zwischen zwei Mahlsteinen". Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper klinischer Ressourcen in ausgewählten klinischen Settings, in: Feuerstein, G. (Hrsg.), Prioritäten und Wertkonflikte im Einsatz knapper klinischer Behandlungsressourcen, Forschungsbericht der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld.

Kühn, H. (1997): Gesundheitspolitik für den „Standort Deutschland“. Thesen zu Logik und Empirie neoliberaler Wirtschaftspolitik im Gesundheitswesen. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 28: Nach der Reform, Hamburg: Argument, 15-32

Kühn, H. (1995): Zwanzig Jahre „Kostenexplosion“. Anmerkungen zur Makroökonomie einer Gesundheitsreform, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 24: Frauen Gesundheit, Hamburg: Argument, 145-161

Kühn, H. (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den U.S.A., Berlin: edition sigma

Kühn, Hagen (1992): Steuerung durch Sonderentgelte, Abteilungspflegesätze, Fallpauschalen und Wettbewerb: Der Run auf den "rentablen Patienten"?, in: Krankenhaus Umschau 61. Jg., Heft 1, 25-28.

Kühn, H. (1990a): Ökonomisierung der Gesundheit am Beispiel des US-amerikanischen Gesundheitswesens, in: WSI-Mitteilungen, Nr. 2/90, 62-75

Kühn, H. (1990b): Privat oder Kasse. Folgen des Wachstums der privaten Krankenversicherung, in: Gesundheitsreform und die Folgen, Argument-Sonderband AS 190, Hamburg: Argument, 31-45

Kühn, H., R. Rosenbrock (1994): Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften, in: R. Rosenbrock, H. Kühn, B. Köhler (Hg.), 29-53

Labisch, A. (1992): Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit, Frankfurt/New York

Labisch, A. (1990): Problemwahrnehmung und Interventionsformen präventiver Medizin, in: R. Rosenbrock, A. Salmen (Hg.): Aids-Prävention, Berlin: edition sigma, 15-30

Labisch, A. (1987): Problemsicht, Problemdefinition und Problemlösungsmuster der Gesundheitssicherung durch Staat, Kommunen und primäre Gemeinschaften, in: F.X. Kaufmann (Hg.): Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. Bedingungsanalysen sozialpolitischer Intervention, München, 91-118

Lenhardt, U. (1997): Betriebliche Gesundheitsförderung unter veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 5, 3/97, S. 273-278

Lenhardt, U., Th. Elkeles, R. Rosenbrock (1997): Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zur Verursachung, Verbreitung und Verhütung, Weinheim und München: Juventa

Levine, S., A. Lilienfeld (eds.) (1987): Epidemiology and Health Policy, New York/London

Majer, St. (1992): Mit Aids zu Hause leben. Die Arbeit des Betreuungszentrums der Aids-Hilfe Frankfurt, in: D. Schaeffer, M. Moers, R. Rosenbrock (Hg.), 266-286

Marmot, M. G., M. Kogevina, M. A. Elston (1987): Social/Economic Status and Disease, in: Annual Review of Public Health, 8, 111-135

Marstedt, G., U. Mergner (1995): Soziale Dimensionen des Arbeitsschutzes. Ein Handbuch für die staatliche Arbeitsschutzaufsicht, Bremerhaven: Verlag NW

Mau, St. (1997): Ideologischer Konsens und Dissens im Wohlfahrtsstaat. Zur Binnenvariation von Einstellungen zu sozialer Ungleichheit in Schweden, Großbritannien und der Bundesrepublik Deutschland, in: Soziale Welt 47. Jg., 17-38

Mayntz, R. (1990): Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, Bd. 1, 283-307

McKeown, Th. (1982): Die Bedeutung der Medizin - Traum, Trugbild oder Nemesis, Frankfurt/M.: Suhrkamp

McKinlay, J. B., S. M. McKinlay, R. Beaglehole (1989): A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States, in: International Journal of Health Services, Vol. 19, 2: 181-208

Mielck A (Hg.) (1994): Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland, Opladen: Leske + Budrich

Milio, N. (1981): Promoting Health through Public Policy, Philadelphia

Minkler, M. (1997): Community Organizing and Community Building for Health, New Brunswick, New Jersey, and London: Rutgers University

Minkler, M. (1994): „Community Organizing“ als Gesundheitsförderung - Eine Fallstudie zu einem Projekt mit alten Menschen in einer amerikanischen Millionenstadt, in: R. Rosenbrock, H. Kühn, B. Köhler (Hg.), 247 - 266

Moers, M. (1995): Die Reaktion der ambulanten Pflege auf Aids. Erfordernisse der Konzeptentwicklung. Inauguraldissertation an der Freien Universität Berlin

Mommsen, W./W. Mock (Hg.) (1982): Die Entstehung des Wohlfahrtsstaates in Großbritannien und Deutschland 1850 - 1950, Stuttgart

Mosse, M., J. Tugendreich (1913): Krankheit und soziale Lage, München, Nachdruck: J. Crome, Göttingen 1977

Müller, D., M. Simon (1994): Steuerungsprobleme des stationären Sektors: Das Krankenhaus zwischen Kostendämpfung und Qualitätssicherung, in: B. Blanke (Hrsg.): Krankheit und Gemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen: Leske + Budrich, 327-372

Nahnsen, I. (1973): Bemerkungen zum Begriff und zur Geschichte des Arbeitsschutzes, in: M. Osterland (Hg.): Materialien zur Lebens- und Arbeitssituation der Industriearbeiter in der BRD, Frankfurt/M.

Naschold, F., M. Oppen, A. Wegener (1997): Innovative Kommunen - Internationale Trends und deutsche Erfahrungen, Stuttgart: Kohlhammer

Naschold, F. (1982): Die Zukunft des Wohlfahrtsstaates, in: W. Mommsen, W. Mock (Hg.), a.a.O., 404-415

Naschold, F., W. Karner, W. Schönback (Hg.) (1978): Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, 2 Bände, Wien

National Academy of Sciences/Institute of Medicine (U.S.A.) (1988): The Future of Public Health, Washington D.C.

National Academy of Sciences/National Research Council (USA) (1989): Improving Risk Communication, Washington D.C.

- Navarro, V (1990): Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States, in: *The Lancet*, Vol. 336, 11238-240
- Neubauer, G., B. Zelle (1996): Fallpauschalen: Ein Ansatz zu einer leistungsbezogenen Krankenhausvergütung, in: D. Adam (Hg.): *Krankenhausmanagement*, Wiesbaden: Gabler, 19-32
- Newhouse, J.P. et al. (1983): Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health Insurance, in: K.D. Henke/ U. Reinhardt (Hg.): *Steuerung im Gesundheitswesen*, Geringen: Bleicher, 123-142
- Niehoff, J.-U. (1995): *Sozialmedizin systematisch*, Lorch: UNI-MED
- Paffrath, D./H. Reiners (1987): 10 Jahre Kostendämpfungsgesetze. Eine empirische Bilanz, in: *Die Ortskrankenkasse*, 69. Jg., Heft 13, 369-373
- Powles, J. (1973): On the Limitations of Modern Medicine, in: *Science, Medicine and Man*, Vol. 1, 1-30
- Rappaport, J. (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit: Ein sozialpolitisches Konzept des 'empowerment' anstelle präventiver Ansätze, in: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, Heft 2, 257-278
- Rathje, Eckehardt (1997): Kooperation: Notwendige Verzahnung und Konzentration im Gesundheitswesen, in: *Das Krankenhaus*, 89. Jg., Heft 4, 178-183.
- Relman, A.S. (1980): The new medical industrial complex, in: *New England Journal of Medicine*, Vol. 303, Nr. 17, 963ff.
- Rodenstein, M. (1988): *Mehr Licht, mehr Luft. Gesundheitskonzepte im Städtebau seit 1750*, Frankfurt/M.
- Roemer, M. I. (1991): *National Health Systems of the World, Volume One: The Countries*, New York, Oxford: Oxford University Press
- Rohde, Johann Jürgen (1974): *Soziologie des Krankenhauses*, 2. überarb. Auflage, Stuttgart: Enke
- Roller, E. (1996): *Abbau des Sozialstaats. Einstellungen der Bürger zur Kürzungen von Sozialleistungen in den neunziger Jahren*. WZB-paper FS III96-205, Berlin
- Rosenbrock, Rolf (1998a): Gemeindeorientierte Pflege aus der Sicht von Public Health, in: *Die Pflege*, Heft 3 (i.E.)
- Rosenbrock, Rolf (1998b): Arbeitslosigkeit und Krankheit. Gesundheitswissenschaftliche Befunde, in: *Forum Wissenschaft*, 15. Jg., No. 1, 15- 7
- Rosenbrock, R (1997a): Hemmende und fördernde Faktoren in der Gesundheitspolitik - Erfahrungen aus dem letzten Jahrzehnt, in: Th. Altgeld et al. (Hg.), 37-51

- Rosenbrock, R. (1997b): PKV und Armenkasse? Die GKV nach der „Dritten Stufe der Gesundheitsreform“, in: Die Krankenversicherung, 49. Jg., Heft 9, 242-247
- Rosenbrock, R. (1996): Die Gesetzliche Krankenversicherung - ein Steuerungsmodell am Scheideweg, in: Zeitschrift für Sozialreform, 42. Jg. Heft 8, 497-506
- Rosenbrock, R. (1995): Public Health als soziale Innovation, in: Das Gesundheitswesen, 57. Jg., Heft 3, 140-144
- Rosenbrock, R. (1994): Ein Grundriß wirksamer Aids-Prävention, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften/Journal of Public Health, 2. Jg., Heft 3, 233-244
- Rosenbrock, R. (1992): Aids: Fragen und Lehren für Public Health, in: Wer oder was ist Public Health? Argument-Sonderband AS 198, Hamburg: Argument
- Rosenbrock, R. (1989): Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? Thesen zur Strukturreform des Gesundheitswesens und der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: B. Riedmüller, M. Rodenstein (Hg.): Wie sicher ist die soziale Sicherung? Frankfurt: Suhrkamp, 137-164
- Rosenbrock, R. (1987): Aids kann schneller besiegt werden. Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit, Hamburg: VSA
- Rosenbrock, R. (1982): Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt/New York: Campus
- Rosenbrock, R. (1979): Staatliche Reformpolitik im Gesundheitswesen am Beispiel der Arzneimittelversorgung, in: Argumente für eine soziale Medizin, Argument Sonderband AS 30, Berlin: Argument, 59-87
- Rosenbrock, R., H. Kühn, B. Köhler (Hg.) (1994): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung, Berlin: edition sigma
- Rosewitz, B., D. Webber (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/New York
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989, 1992, 1993, 1994, 1996, 1997): Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten lfd. sowie Sondergutachten, Baden-Baden: Nomos
- Salmon, J.W. (1994): „Kranke Städte“ - Public Health am Beispiel der amerikanischen Millionenstädte, in: R. Rosenbrock, H. Kühn, B. Köhler (Hg.), 229-246
- Schaeffer, D., M. Moers (1994): Professionelle Versorgung von HIV- und Aids-Patienten. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P92-208, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Berlin

Schaeffer, D., M. Moers (1994a): Überleitungspflege - Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenproblematik zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 2. Jg., Heft 1, 7-25

Schaeffer, D., M. Moers, R. Rosenbrock (Hg.) (1994): Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen, Berlin: edition sigma

Schaeffer, D., M. Moers, R. Rosenbrock (Hg.) (1992): Aids-Krankenversorgung, Berlin: edition sigma

Schmacke, N. (1997): Ärzte oder Wunderheiler? Die Macht der Medizin und der Mythos des Heilens, Opladen: Westdeutscher Verlag

Schmacke, N. (1995): Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und kommunale Selbstverwaltung. Perspektiven der Gesundheitsämter auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. Berichte und Materialien Band 11. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen

Schmacke, N.: Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion, in: Medizin, Moral und Markt, Argument-Sonderband 146, Berlin/Hamburg: Argument 1987, 122-147

Schmidt, A., E. Jahn, B. Scharf (Hg.) (1987/1988): Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft, Bericht der gesundheitspolitischen Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand, 2 Bände, Köln: Bund Verlag

Schmidt, M. G.(1988): Sozialpolitik - Historische Entwicklung und internationaler Vergleich, Opladen

Schmuhl, H.-W. (1992): Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890-1945

Schneekloth, U., P. Potthoff (1993): Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“ im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Band 20.2 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Stuttgart/Berlin/Köln

Schölkopf, M. (1998): Die Altenpflege und die Daten: Zur quantitativen Entwicklung der Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen, in: Sozialer Fortschritt, 47. Jg., Heft 1, 1-9

Schott, Th. (1993): Patienten(re)orientierung: Elemente einer Standortbestimmung, in: B. Badura et al. (Hrsg.), System Krankenhaus, Weinheim und München: Juventa, 254-269

Schröer, A., R. Sochert (1994): Betriebliche Gesundheitsberichterstattung - Erfahrungen und Perspektiven aus Forschung und Praxis, in: Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung Bd. 6, Heft 2, 39-47

Schwartz, F.W., B. Badura, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist (Hg.) (1998): Das Public Health Buch, München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg

Schwartz, F.W./R. Busse (1994): Fünf Mythen zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen: Zur aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland, in: Jahrbuch für Kritische Medizin 23: Gesundheitskult und Krankheitswirklichkeit, Hamburg: Argument, 149-170

Siegrist, J. (1995): Medizinische Soziologie, 5. Aufl.. München usw.: Urban & Schwarzenberg

Simon, M. (1996): Die Umsetzung des GSG im Krankenhausbereich: Auswirkungen der Budgetdeckelung auf die Aufnahme- und Verlegungspraxis von Allgemeinkrankenhäusern. Eine Analyse des Jahres 1993, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 4. Jg., Heft 1, S. 20-40

Simon, M. (1997): Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem, Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P97-204

Simon, M. (1998): Steuerungsprobleme in der stationären Krankenversorgung, Opladen: Westdeutscher Verlag (im Erscheinen)

Slesina, W. (1990): Gesundheitszirkel - ein neues Verfahren zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen, in: U. Brandenburg et al. (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb, Dortmund, 315-328

Slovic, P. (1987): Perception of Risk, in: Science, Vol. 236, 280-285

Smith, C. M., F.A. Maurer (1995): Community Assessment, in: dies. (eds.): Community Health Nursing. Theory and Practice, Philadelphia/London

Standfest, E., Chr. v. Ferber, A. Holler, G. Leminsky, F. Naschold, A. Schmidt, F. Tennstedt (1977): Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaates, Köln. Bund

Starr, P. (1982): The Social Transformation of American Medicine, New York 1982

Statistisches Bundesamt (Hg.)(1994): Studienhandbuch Basisbericht, Wiesbaden

Streit, M. D. (1988): Neokorporatismus und marktwirtschaftliche Ordnung, in: Gäfgen, G. (Hg.) Neokorporatismus im Gesundheitswesen, Baden-Baden: Nomos

Syme, S.L. (1992): Social Determinants of Disease, in: Last, J.M., R.B. Wallace (eds.): Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine, London, Sydney, Toronto etc.: Prentice-Hall International, 687 - 700

Taylor, R. (1979): Medicine out of Control, Melbourne/London

Tennstedt F. (1976): Sozialgeschichte der Sozialversicherung, in: M. Bohmke, Chr. v. Ferber, K.P. Kisker, H. Schaefer (Hg.): Handbuch der sozialen Medizin, Band III, Stuttgart: Enke, 385-491

- Tennstedt, F. (1983): Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 - 1914, Köln: Bund Verlag
- Thiemeyer, Th. (1981): Gesundheitspolitik, in: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft (HdWW), 3. Band, Stuttgart, New York, Tübingen, Göttingen, Zürich, 576-591
- Townsend, P. (1990): Widening inequalities of health, in: International Journal of Health Services, Vol. 20, 363-372
- Townsend, P., N. Davidson (1982): Inequalities in Health. The Black Report, Harmondsworth: Penguin Books
- Trojan, Al. (Hg.) (1986): Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppen, Frankfurt/M.: Fischer
- Tuschen, Karl-Heinz/Quaas, Michael (1995): Bundespflegesatzverordnung. Kommentar mit einer umfassenden Einführung in das Recht der Krankenhausfinanzierung, 2., neubearbeitete Auflage, Stuttgart.
- Uexküll, T. v., W. Wesiack (1988): Theorie der Humanmedizin - Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns, München/Wien/Baltimore
- Vieth, P. (1988): Die Durchsetzung des Sicherheitsgurtes beim Autofahren, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik im WZB, P88-203, Berlin
- v. Troschke, J. et al. Forschungsverbund DHP (Hg.)(1998): Die deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Design und Ergebnisse, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- WHO - Weltgesundheitsorganisation (1996). European Health Care Reforms: Analysis of Current Strategies, Kopenhagen: WHO (EUR/ICPCARE 94 01/CN01), deutsche Zusammenfassung: Gesundheitsreformen in Europa - Strategieanalysen, ebda.
- WHO - Weltgesundheitsorganisation: Einzelziele für 'Gesundheit 2000', Kopenhagen; WHO 1986
- Wiedemann, P.M., H. Schütz (1994): Risikokommunikation als Aufgabe. Neue Entwicklungen und Perspektiven der Risikokommunikationsforschung, in: R. Rosenbrock, H. Kühn, B. Köhler (Hg.), 115-136
- Wilhelm, J., E. Balzer (1989): Intensivpflege zwischen Patient und Medizin - Soziologische Untersuchung zum Verhältnis von Pflegenden und Ärzten auf Intensivstationen, in: Deppe et al. (Hrsg.), Das Krankenhaus, Frankfurt/M.: Campus, 169-189
- Whitehead, M. (1991): Die Konzepte und Prinzipien von Chancengleichheit und Gesundheit. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen: WHO
- Wilkinson, R. (1996): Unhealthy societies: the affliction of inequality. London: Routledge

Wilson, J. M. G., G. Jungner (1971): Principles and Practice of Screening of Disease, Genf: WHO

Zola, I. (1972): Medicine as an Institution of Social Control, in: Sociological Review, 20. Jg., 487-504

6 Verzeichnis der Abbildungen

	Seite
Abb. 1: Interventionsfelder und Interventionstypen der Gesundheitspolitik	4
Abb. 2: Der Public Health Action Cycle (Lernspirale)	8
Abb. 3: Konservative und solidarische Sozialideen in der Gesundheitspolitik - Gegenüberstellung	13
Abb. 4: Behinderungen nach sozialer Schicht (USA 1990)	17
Abb. 5: Sozialschicht und Sterblichkeit bei männlichen Angestellten (BRD 1986)	18
Abb. 6: Zusammenhänge zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit	19
Abb. 7: Aufgabenbereiche von Gesundheitsämtern	29
Abb. 8: Tuberkulose in der Atmungsorgane: Mittlere jährliche Todesraten (standardisiert auf die Bevölkerung von 1901): England und Wales	31
Abb. 9: Soziale und medizinische Prävention	44
Abb. 10: Gesundheits- und Krankenkassenausgaben in Prozent des Bruttosozial- produkts (alte Bundesländer) 1970 - 1995	54
Abb. 11: Durchschnittlicher allgemeiner Beitragssatz in der GKV	55
Abb. 12: Der Kreislauf der ambulanten Versorgung	59
Abb. 13: Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung durch den Staat	63
Abb. 14: Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung über den Markt	64
Abb. 15: Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung durch Soziale Krankenversicherung und Verbände	65
Abb. 16: Zusammenhang zwischen Vergütungsformen und ärztlichem Handeln	67
Abb. 17: Stationären Krankenversorgung im internationalen Vergleich	74
Abb. 18: Struktur des Entgeltsystems für Krankenhäuser nach dem Gesundheits- strukturgesetz (GSG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) 1995	79

7 Verzeichnis der Abkürzungen

Aids	Acquired Immunodeficiency Virus Syndrome
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAK	Bundesausschuß Ärzte - Krankenkassen
BFArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BG	Berufsgenossenschaft
BKK	Betriebskrankenkasse
BPfIV	Bundespfllegesatzverordnung
BMG	Bundesminister(ium) für Gesundheit
BSHG	Bundesozialhilfegesetz
BSP	Bruttosozialprodukt
DHP	Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRG	Gesundheitsreformgesetz (1988)
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz (1992)
GUV	Gesetzliche Unfallversicherung
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IGEL	Individuelle Gesundheitsleistung(en)
IKK	Innungskrankenkasse
KAiG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
KHG	Krankenhausgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
PKV	Private Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch (11 Bände: I bis XI)
SVR	Sachverständigenrat
TÜV	Technischer Überwachungsverein
WHO	World Health Organizatoin/Weltgesundheitsorganisation
WZB	Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung