

Rosenbrock, Rolf

Book Part

Gesundheitspolitik

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1993) : Gesundheitspolitik, In: Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser (Ed.): Gesundheitswissenschaften: Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis, ISBN 3-407-25143-2, Beltz, Weinheim ; Basel, pp. 317-346

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122444>

Standard-Nutzungsbedingungen:

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

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

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

Terms of use:

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

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

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



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

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

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

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

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

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Gesundheitspolitik

Rolf Rosenbrock

1. Gegenstandsbereich, Ziele und Akteure der Gesundheitspolitik	317
2. Gesundheitspolitik in Deutschland	319
2.1 Entwicklungslinien der Sozial- und Gesundheitspolitik	319
2.2 Heutiger Stand gesundheitspolitischer Entwicklung	321
3. Felder, Instrumente und Steuerungsprobleme der Gesundheitspolitik	324
3.1 Gesundheitsberichterstattung	324
3.2 Primärprävention	325
3.3 Sekundärprävention	332
3.4 Krankenversorgung (Tertiärprävention)	335
4. Gesundheit als Gegenstand von Politik	344

1. Gegenstandsbereich, Ziele und Akteure der Gesundheitspolitik

Analytisch und praktisch konstituiert sich der Gegenstandsbereich von Gesundheitspolitik wesentlich durch politisches Handeln mit Wirkung auf die Gesundheit von Gruppen bzw. Bevölkerungen. Das Ziel von Gesundheitspolitik ist die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung durch die Minimierung krankheitsbedingter Einschränkungen der Lebensqualität und des vorzeitigen Todes. Dies schließt die Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten (Prävention) durch Risikosenkung und Gesundheitsförderung ebenso ein wie die Gestaltung und Steuerung der Krankenversorgung und der Rehabilitation. Ge-

sundheitspolitik findet demnach überall dort statt, wo durch die Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen oder -anreizen populationsbezogene Wahrscheinlichkeiten von Erkrankungen, Progredienz, Chronifizierung, krankheitsbedingter Einschränkung der Lebensqualität und Tod – positiv oder negativ – beeinflußt werden. Subjekt bzw. Adressat solcher Setzungen können die Gestalter von Arbeits-, Umwelt-, Konsum- und Lebensbedingungen, Berufsgruppen/Professionen und Institutionen der Krankenversorgung sowie direkt die Bevölkerung oder Teilgruppen davon sein.

Gegenstandsbereich und Interventionsfelder 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 (Tabelle. 1). Den verschiedenen Zuständen entsprechen dabei unterschiedliche Interventionstypen sowie unterschiedliche politische, administrative und professionelle Zuständigkeiten.

Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, medizinische Behandlung, Betreuung und Rehabilitation sind dabei zunächst gleichrangige Felder der Gesundheitspolitik. Soll die gesundheitliche Wirksamkeit (Effizienz) von Gesundheitspolitik maximiert werden, so hängt die Auswahl und Gewichtung der Interventionsfelder und Interventionsinstrumente von der Beantwortung der Leitfrage ab: In welchem Verursachungsbereich oder auf welcher

Tabelle 1. Interventionsfelder und Interventionstypen der Gesundheitspolitik

Zustand:

Gesundheit und Wohlbefinden	spezifische und unspezifische Gesundheitsrisiken, Befindlichkeitsstörungen	behandlungsfähige Befunde ohne Symptome	akute und chronische Erkrankungen und Behinderungen	Tod
-----------------------------	--	---	---	-----

Interventionstyp:

Gesundheitsförderung	Risikosenkung und Gesundheitsförderung (Primärprävention)	Früherkennung und Frühbehandlung, Gesundheitsförderung (Sekundärprävention)	medizinische Behandlungen; medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation; Pflege; Gesundheitsförderung (Kuration bzw. Tertiärprävention)	
----------------------	---	---	--	--

Strecke des Kontinuums zwischen Gesundheitsrisiko und schwerer Erkrankung bzw. vorzeitigem Tod ist mit welchem Interventionstyp, und möglichst kostengünstig, das epidemiologisch abschätzbare Maximum an Leid und verlorenen Lebensjahren zu verhindern?

Gesundheitspolitische Entscheidungsregeln

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 physisch und psychisch bekämpft, sondern auch subjektiv individuell im Sinne möglichst hoher Autonomie und Lebensqualität verarbeitet (bewältigt) werden können. Unter den Gesichtspunkten von Effektivität und Effizienz 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 die Beurteilung wird die Gesamtheit der erwünschten und unerwünschten Wirkungen einbezogen, wobei die erwünschten Wirkungen eindeutig überwiegen und die unerwünschten Wirkungen

insgesamt tolerabel sein müssen. Wie für die Medizin gelten auch für die Gesundheitspolitik darüber hinaus die Grundsätze der Selbstbestimmung des Individuums und des Schutzes der Schwachen sowie die Bevorzugung von Selbststeuerung gegenüber Fremdsteuerung.

Steuerungsinstrumente staatlicher Gesundheitspolitik sind in demokratisch verfaßten Gesellschaften neben Geld, Gebot (Norm), Institutionalisierung und Information vor allem Aushandlungen mit und zwischen den Sozialparteien, den auf Gesundheitsrisiken und Krankenversorgung einwirkenden Verbänden/Gruppen sowie den sozialen Bewegungen mit Gesundheitsbezug.

Der Erfolg von Gesundheitspolitik läßt sich zumindest grob qualitativ und zum Teil auch quantitativ mit Indikatoren (gewonnene Lebensjahre, vermiedene Einschränkungen, Inzidenzen, Prävalenzen, Lebensqualität, Aktivierung etc.) ausdrücken und messen.

Ressourceneinsatz und Anstrengungen zur Erreichung von Gesundheitszielen wie auch die Gewichtung von Teilzielen und Interventionsfeldern variieren historisch und international sehr erheblich. Alle Gesellschaften und Staaten nehmen die in ihnen vorkommenden und durch sie produzierten Gesundheitsprobleme selektiv wahr und bearbeiten sie auch selektiv. Positive und

negative Einwirkungen von Politikern auf die gesundheitliche Lage der jeweiligen Bevölkerung werden dabei immer 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. (Der Wandel der Ressortzuschreibungen läßt sich am Beispiel des Wohnungsbaus bzw. der Stadtentwicklung und an der Ausgestaltung des Gesundheitsschutzes in der Arbeitswelt veranschaulichen; vgl. 3.2). Die Wahrnehmungs- und Thematisierungsverschiebungen erklären sich durch den Stand des Wissens über Ätiologie und Prävenier- bzw. Therapierbarkeit von Erkrankungen sowie durch politische und ökonomische Konjunkturen: in Reformphasen werden ebenso wie in Zeiten guter Wirtschaftslage Gesundheitsrisiken und Versorgungsdefizite stärker und wirkungsmächtiger thematisiert.

In den letzten Jahren wird wissenschaftlich und vereinzelt auch politisch praktisch daran gearbeitet, die gesundheitlichen Folgen auch impliziter Gesundheitspolitik bei der Entscheidungsfindung und Gestaltung mit dem Ziel der Gesundheitsverträglichkeit bzw. -förderlichkeit zu berücksichtigen („healthy public policy“, Milio 1981).

Erheblich variieren auch die Zuständigkeitszuschreibungen für die Bearbeitung öffentlich wahrgenommener Gesundheitsprobleme (neben dem Staat vor allem Medizin, Kirchen, Polizei, Militär, private Unternehmen und Gewerkschaften, private Mildtätigkeit etc.) und die Motive für deren Bearbeitung (humanitäre Motive, Bevölkerungspolitik, Stärkung der Wirtschaftskraft, soziale Kontrolle, Erwerbstreben, Berufsgruppen- und Standespolitik, Wissenserweiterung).

Die Varianz an Akteuren, Motiven und Instrumenten läßt sich darstellen als Muster unterschiedlicher Antworten auf die drei (nur analytisch voneinander zu trennenden) Grundfragen der Gesundheitspolitik:

- Was ist der Problemstand (Gefährdungen und Erkrankungen), der mit Gesundheitspolitik angegangen werden kann und soll (Gegenstandsbereich, Interventionsfelder)?
- Mit welchen Instrumentarien lassen sich diese Probleme bearbeiten (Interventionsformen, disziplinäre Zuständigkeiten)?
- Wie kann dieses Instrumentarium entwickelt und angewendet werden (Steuerungs- und Regulierungsformen, politische Zuständigkeit)?

2. Gesundheitspolitik in Deutschland

2.1 Entwicklungslinien der Sozial- und Gesundheitspolitik

Die heute in Deutschland wie in allen kapitalistisch industrialisierten Ländern vorfindlichen Antworten auf diese Fragen sind als integraler Teil und Querschnitts-aspekt der modernen Sozialpolitik gewachsen. 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 Dimensionen 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, arbeitsmarktgängige Qualifikation, materielle Familiensicherung). Da zugleich ältere Unterstützung- und Hilffssysteme wegbrachen, wurde der Aufbau einer systematischen staatlichen Sozialpolitik 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, später auch in den USA und in Japan, unterschiedliche Formen der sozialen und gesundheitlichen Sicherung heraus. Entstehung und Entwicklung der Sozial- und Gesundheitspolitik sind dabei nicht das Ergebnis einheitlicher, gesamtgesellschaftlich durchgesetzter Strategien und folgen auch keiner geradlinig-evolutionären Modernisierungslogik. 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 Hegemonieerlangung und Umsetzung ihrer je unterschiedlichen, zum Teil gegensätzlichen sozial- und gesundheitspolitischen Zielsetzung und Strategien („Sozialideen“, Heimann 1980).

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 Risiken), der Einbeziehung unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen (Art und Umfang der Inklusion) und der Unabhängigkeit der Leistungsgewährung von der Stelle der Empfänger am Arbeitsmarkt (Dekommodifizierung der Arbeit) unterscheiden.

Das *wirtschaftsliberale* Modell (ursprünglich in Großbritannien; gegenwärtig vor allem in den USA, Australien und Neuseeland, teilweise in Kanada und bis Anfang der siebziger Jahre auch in der Schweiz) ist Ausfluß eines ordnungspolitischen

Denkens, nach dem sich die Instrumente, Zugangsbedingungen und Institutionalisierungen der Sozial- und Gesundheitspolitik der Logik der Marktwirtschaft zu unterwerfen haben. 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 ab. Das Modell ist sozial selektiv, indem es bedürftige Schichten der Bevölkerung 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 Platz. Die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod, ausgedrückt z. B. in schichtenspezifischer Morbidität und Mortalität, nimmt in Ländern mit diesem Modell empirisch meßbar zu.

Das *konservative* Modell (vor allem in kontinentaleuropäischen Ländern wie Deutschland, Österreich, Frankreich und Italien) beruht ideologisch auf einer Mischung aus staatsorientiertem und paternalistischem Reformismus 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. Das Modell gewährt Rechte und Leistungen in Abhängigkeit und zur Stabilisierung von beruflich bedingten Hierarchien. Die Leistungserbringung ist gemischtwirtschaftlich organisiert, die jeweils gewinnträchtigsten Sektoren stehen unter Privatisierungssog. Seinen institutionellen Ausdruck findet dieses Modell am ehesten in Versicherungssystemen unter staatlicher und paternalistischer 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), die einen Solidarausgleich innerhalb der meist zu Versicherungsgemeinschaften zusammengefaßten Berufsgruppen und Schichten herstellen sollen. Arbeitsmarktgenerierte Statusunterschiede spielen bei der Leistungsgewährung (mit der weitgehenden Ausnahme der Krankenversorgungsleistungen) eine wichtige Rolle. Auf den Abbau sozialer Ungleichheit vor Krankheit und Tod nimmt Sozialpolitik dieses Typus durch formal

gleiche Zugangschancen zu Leistungen der Krankenversorgung sowie – in Reform- und Prosperitätsphasen – durch Ansätze aktiver Lebenslagenpolitik Einfluß.

Das *sozialdemokratische* Modell (vor allem in skandinavischen Ländern) setzte an die Spitze der sozialpolitischen Prioritätenliste die Minderung der Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt. Über den undiskriminierten Zugang zu Sozial- und Versorgungsleistungen im Notfall hinaus zielt das Modell auf Egalität der Verteilung und 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 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.

Sozialideen

Wahl und Ausgestaltung des die explizite Gesundheitspolitik einschließenden Sozialpolitikmodells waren Teil der ‚sozialen Frage‘, der ‚Arbeiterfrage‘.

In Deutschland hatte z. B. der Deutsche Kaiser und König von Preußen Wilhelm I. zur Begründung der Notwendigkeit eines Systems der sozialen Sicherung 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 bildete das dominante politisch-ökonomische Bündnis aus erstarkenden Unternehmergruppierungen, weiten Teilen des traditionellen Mittelstandes und den politischen Eliten die eine ‚Sozialgestalt‘. Ihre ‚Sozialidee‘ bestand aus folgenden strategischen Kernpunkten: 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. Abkopplung des Arbeitsschutzes 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 traditionellen und neuen Mittelstandes, insbesondere der Ärzte, als eigene Bündnispartner sowie als Zwischenpuffer gegenüber der Arbeiterbewegung.

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: weitgefaßter, 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 und Arbeitsschutz; 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 der liberal-konservativen ‚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 gesundheitspolitischen ‚Sozialideen‘ bis heute in den meisten gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen aufspüren. Drei Entwicklungen waren für die institutionelle Gesundheitspolitik von besonderer Bedeutung:

1. Der Anteil der in Pflicht- und Ersatzkassen Versicherten stieg von 11% (1885) auf über 90% der Wohnbevölkerung heute, zeigt seit einigen Jahren allerdings wieder eine abnehmende Tendenz. Quantität und Qualität der medizinischen Krankenversorgung nahmen deutlich zu. Die Selbstverwaltung der GKV hatte, nachdem sie anfänglich von Gewerkschaften und Parteien der Arbeiterbewegung als Oktroi 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. Die staatlich konzedierte gesundheitspolitische Steuerungs- und Handlungskompetenz der GKV sank in diesem Prozeß beständig. Bei der Neuordnung nach dem 2. Weltkrieg blieb in der Bundesrepublik 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. In den letzten Jahrzehnten haben sich die Bemühungen verstärkt, Kompetenzbereiche der Kassen als mittelbar staatliche Gesundheitsadministration zu erweitern (Nachfrage- und Qualitätskontrolle in der Krankenversorgung; Prävention).
2. Die Gruppe der Ärzte, der sich durch die von ihr zunächst abgelehnte Einrichtung der GKV eine sich beständig erweiternde Klientel geöffnet hatte, konnte ihre ökonomische und politische Position über den gesamten Prozeß hinweg kontinuierlich stärken. Im Gegensatz zu anderen Ländern (z. B. USA) ist dieser Trend in Deutschland bislang ungebrochen. 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 kassengezogener Versorgungseinrichtungen (vor allem Ambulatorien), die öffentlich-rechtliche Installierung der ärztlichen Verhandlungsmacht gegenüber den Kassen (Kassenärztliche Vereinigungen 1931 bis 1933) und die öffentlich-rechtliche Absicherung der Professionsautonomie (Reichsärztekammer 1936). Das Monopol der Kassenärzte auf ambulante Versorgung wurde 1955, 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.
3. Da Prophylaxe nicht im Leistungsspektrum der GKV enthalten war, 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 und Tugendreich (1913) und Grotjahn (1912) formulierten Anspruch der Sozialhygiene 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 von Sozialhygiene durch

„Rassenhygiene“ durch den faschistischen Staat sowie die politisch lieblose Behandlung der Nachfolgeinstitutionen in der 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 verstärken sich wieder Bemühungen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu einer Renaissance zu verhelfen. Ob dabei an das Leitbild des ‚Kommunalarztes‘ aus der Zeit der Weimarer Republik angeknüpft wird und welche neuen Gesundheitsberufe sich dabei etablieren werden, ist eine derzeit offene Frage.

In den folgenden Abschnitten werden Entwicklungen, Probleme und Lösungsansätze zu fünf zentralen, logisch aufeinander aufbauenden Bereichen des gesundheitspolitischen Panoramas, dargestellt, wie es sich im Ergebnis der skizzierten Entwicklung in Deutschland ergeben hat:

- Gesundheitspolitik agiert weder zentral noch dezentral auf Basis hinreichender Informationen über die Verteilung von Gesundheitsrisiken, Erkrankungen, Todesfällen, präventiven und kurativen Leistungen sowie ihren gesundheitlichen Wirkungen. Die in den letzten Jahren verstärkten Bemühungen haben bislang keine systematische Gesundheitsberichterstattung und keinen Konsens über Gesundheitsziele hervorgebracht (vgl. 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 soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod, die nicht allein durch ökonomisch undiskriminierten Zugang zu Leistungen der Krankenversorgung, sondern in erster Linie durch Primärprävention zu verringern wäre, persistiert (vgl. 3.2).
- In bevölkerungsweiten Programmen der Früherkennung zur Vorverlegung des Behandlungszeitpunkts (Screening, Sekundärprävention) nimmt die Bundesrepublik weltweit den Spitzenplatz ein. Ein bedeutender gesundheitlicher Nutzen dieser Sonderentwicklung ist weder epidemiologisch plausibel noch durch Evaluationen nachgewiesen (vgl. 3.3).

- Das Krankenversorgungssystem funktioniert arztzentriert. Gemessen an konventionalen medizinischen Maßstäben ist die Versorgung im internationalen Vergleich gut. Strukturelle und materielle Anreizsysteme wirken als steter Antrieb zur Vermehrung medizinischer und technischer Leistungen. Die Versorgung wird dem veränderten Krankheitsspektrum (mehrfachlich chronisch kranke Patienten, zunehmend alte Patienten) immer weniger gerecht, und tendiert zur Medikalisierung medizinisch-kurativ nicht sinnvoller behandelnder Sozialprobleme. Etablierte Interessen festigen die institutionelle Desintegration und behindern die Entwicklung von Selbsthilfepotentialen, psychosozialer Betreuung und Pflege (vgl. 3.4).
- Die Finanzierung der Krankenversorgung erfolgt zentral über die GKV. Nach einem vor allem durch Medizintechnik und Modernisierung bewirkten Wachstumsschub bis Mitte der siebziger Jahre liegt der Kostenauftrieb – bei hohem Ausgangsniveau – 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. Die Steuerungsmöglichkeiten der Kassen für laufende Kosten und Innovationen sind durch Gesetz und Rechtsprechung eng begrenzt. Strukturelle Steuerungseingriffe liegen durchweg außerhalb ihrer Möglichkeiten (vgl. 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 (Aids) sind innovative und den gesundheitlichen Problemlagen angemessene Initiativen selten. Die staatliche Vereinigung Deutschlands wird im Bereich der Gesundheitsversorgung als Ausdehnung der in den alten Bundesländern gewachsenen Strukturen vollzogen. In der DDR gewachsene Institutionen, Honorierungs- und Versorgungsformen (Ambulatorien, Polikliniken, Dispensaire, betriebszentriertes Gesundheitswesen) gehen ohne nähere Prüfung ihrer potentiellen Leistungsfähigkeit mit – 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 Ländern) befindet sich die Bundesrepublik zum Teil um Jahrzehnte im Rückstand. Dieses Defizit findet seinen wesentlichen Grund darin, daß die Sozialmedizin und Epidemiologie – seit dem 19. Jahrhundert unter führender Beteiligung deutscher Wissenschaftler entwickelt – als Mutterdisziplinen in zweierlei Hinsicht Opfer politischer Indienstnahme wurden: Zum einen fielen sie in Deutschland einer die Gesundheitspolitik ziel-führenden Gesundheitsberichterstattung zum Opfer, die von ideologischer und rassistischer Verfolgung durch den Faschismus geprägt war. Zum geringeren Teil wurden die beiden Disziplinen als Instrument von Ausgrenzungspolitik pervertiert in Dienst genommen und dadurch diskreditiert. Die wissenschaftliche Beratung in der Gesundheitspolitik, wo sie denn überhaupt erfolgte, kam in der Bundesrepublik für Jahrzehnte von der in die entstandene Lücke tretenden klinischen Medizin. Dadurch konnte sich bei Publikum und Politikern die Fehlsicht verdichten, Gesundheitspolitik erschöpfe sich in der Steuerung und Finanzierung der Summe der je individuellen Krankenbehandlungsfälle.

Die nunmehr in Gang gekommene und zunehmend verbindlicher geführte Diskussion über die Etablierung von Gesundheitsberichterstattung (vgl. Forschungsgruppe 1990) ist insofern ein Stück nachholender Modernisierung. Sie verdankt sich der verzögerten Durchsetzung der Einsicht, daß wissenschaftlich fundierte Berichterstattung eine notwendige (wenngleich nicht hinreichende) Bedingung zielführender Gesundheitspolitik ist.

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 und dem jeweiligen Anwender angepaßten Niveau vier Typen von Informationen:

- a) Primär- und Sekundärprävention benötigten Daten über die Verteilung und Entstehung von Gesundheitsgefahren nach Gefährdungsbereichen, Bevölkerungsgruppen und Zielkrankheiten (*Risikoberichterstattung*).

Die Aufnahme von ‚Gesundheitsgefahren‘ in die Berichterstattung kann angesichts der multifaktoriellen und im einzelnen vielfach ungeklärten Ätiologie und Pathogenese der das Krankheitspanorama dominierenden Volkskrankheiten 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. Ansätze betrieblicher Berichterstattung durch Betriebs- und Ortskrankenkassen, in denen Informationen über Arbeitsbelastungen mit GKV-Routinedaten (Krankheitsartenstatistik) zusammengeführt werden, weisen in diese Richtung. Unter dem übergreifenden Gesichtspunkt der Aktivierung (siehe unten zur Gesundheitsförderung, 3.2) ist der Effekt öffentlicher Auseinandersetzung über Größe, Verhütbarkeit, Opfer und Kosten von Gesundheitsgefahren erwünscht.

Zum Teil werden bei solchen Auseinandersetzungen Gesundheitsgefahren thematisiert, die üblicherweise nicht als Teil der Gesundheitspolitik gesehen werden, wie etwa die infolge von Arbeitslosigkeit steigenden Morbiditäten und Mortalitäten, oder die Arbeitskräftemigration mit ihren gesundheitlichen Folgen.

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 auf Basis unzureichender oder gar falscher Vorstellungen über Ätiologie und Pathogenese in Gang gesetzt

wurden (Rudolf Virchow: Typhus 1848 in Oberschlesien; John Snow: Cholera 1854 in London; Max von Pettenkofer: Cholera 1855 in München). Mit Informationen über die Verteilungen von Einkommen, Arbeitszeitregimes, Arbeitsbelastungen und ihre absehbaren gesundheitlichen Folgen kann risikobezogene Gesundheitsberichterstattung zur Präzisierung der Entscheidungsparameter in ebenfalls nicht primär gesundheitspolitisch ausgehandelten Politikfeldern (hier: Arbeits- und Tarifpolitik) beitragen. Gesundheitsrelevante Indikatoren der sozialen Schichtung bilden angesichts der Persistenz schichtenspezifischer Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede ein ebenso zentrales Element der Risikoberichterstattung wie Mitteilungen über gesundheitlich gefährliches Verhalten (Ernährung, legale und illegale Drogen, körperliches Training). Die Aufnahme von Gefährdungen in die Berichterstattung entspricht dem z. B. in der Technologie- und Umweltpolitik zumindest programmatisch längst vollzogenen Wandel von der konkreten Gefahrenabwehr zur Gefahrenvermeidung.

- b) Eine solide geschlechts-, regions-, arbeits- und schichtenspezifische Gesundheits-, Krankheits- und Sterbestatistik (*Krankheitsberichterstattung*) ist sowohl ein Instrument zur Beobachtung des Eintretens von Gefahren als auch Voraussetzung der Planung, Steuerung und Evaluation von Versorgungseinrichtungen, als auch Teil der Ergebnisermittlung präventiver Strategien. Erweiterungen vorhandener Konzepte zielen vor allem auf die stärkere Erfassung subjektiver Befindlichkeiten ohne versicherungsrechtlichen Krankheitswert.
- c) Die Berichterstattung über Ausstattung und Leistungen der gesundheitsbezogenen Institutionen (*Versorgungsberichterstattung*: Krankenversorgungssystem, Gesundheitsämter, Sozialstationen, Arbeitsschutz, Selbsthilfegruppen, Gesundheitsinitiativen etc.) leidet bislang nicht nur an Unvollständigkeit, sondern auch an Defiziten in der Ermittlung von Indikatoren der Leistungsqualität und der gesundheitlichen Wirkung.
- d) Die Berichterstattung über Gründe, Verlauf und Ergebnis erfolgreicher und erfolgloser Initiativen privater und staatlicher Akteure zur Verbesserung

von Prävention und/oder Krankenversorgung (*Politikberichterstattung*) stellt angesichts erheblicher Probleme wissenschaftlicher Wirksamkeitsevaluation solcher Projekte ein wichtiges Instrument zur kollektiven Erfahrungsbildung dar.

Über die Organisationsformen und institutionelle Gestaltung bzw. Anbindung der Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene besteht Anfang der neunziger Jahre noch keine Klarheit. Die Frage, inwieweit Erfahrungen der Erhebung und Dokumentation aus der DDR unter Berücksichtigung der nunmehr in ganz Deutschland geltenden Standards des Datenschutzes Verwendung finden sollten, ist – mit der Ausnahme des teilweise als Bundesanstalt für Arbeitsmedizin (BAM) übernommenen DDR-Zentralinstituts für Arbeitsmedizin – durch die Auflösung der dort gewachsenen Infrastrukturen weitgehend beantwortet worden. Eine Verknüpfung der Gesundheitsberichterstattung mit den vom europäischen Büro der Weltgesundheitsorganisation vorgegebenen Einzelzielen für das Programm „Gesundheit 2000“ 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 (am ehesten der örtlichen Krankenkassen) z. B. im Namen einer regionalen Gesundheitskonferenz damit zu beauftragen, im Dialog mit den gesundheitspolitischen Akteuren der Region, Themen und Aussagen der kommunalen Gesundheitspolitik auszuhandeln.

3.2 Primärprävention

Die Geschichte der industrialisierten Länder weist zahlreiche Beispiele der politisch

bewirkten Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten (Primärprävention) sowohl durch explizite, als auch durch implizite Gesundheitspolitik auf.

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 Anlagen, Maschinen und Verfahren; Strahlenschutz) überwiegend

von öffentlichen Verwaltungen (vor allem Gesundheitsämter, vgl. Abb. 1; Gewerbeaufsicht), aber auch von öffentlich-rechtlichen Institutionen (z. B. Berufsgenossenschaften) oder autorisierten Verbänden (z. B. TÜV, DIN) routinemäßig wahrgenommen oder durch staatliche Einzelnormen gelöst.

Nachdem z. B. durch den 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.

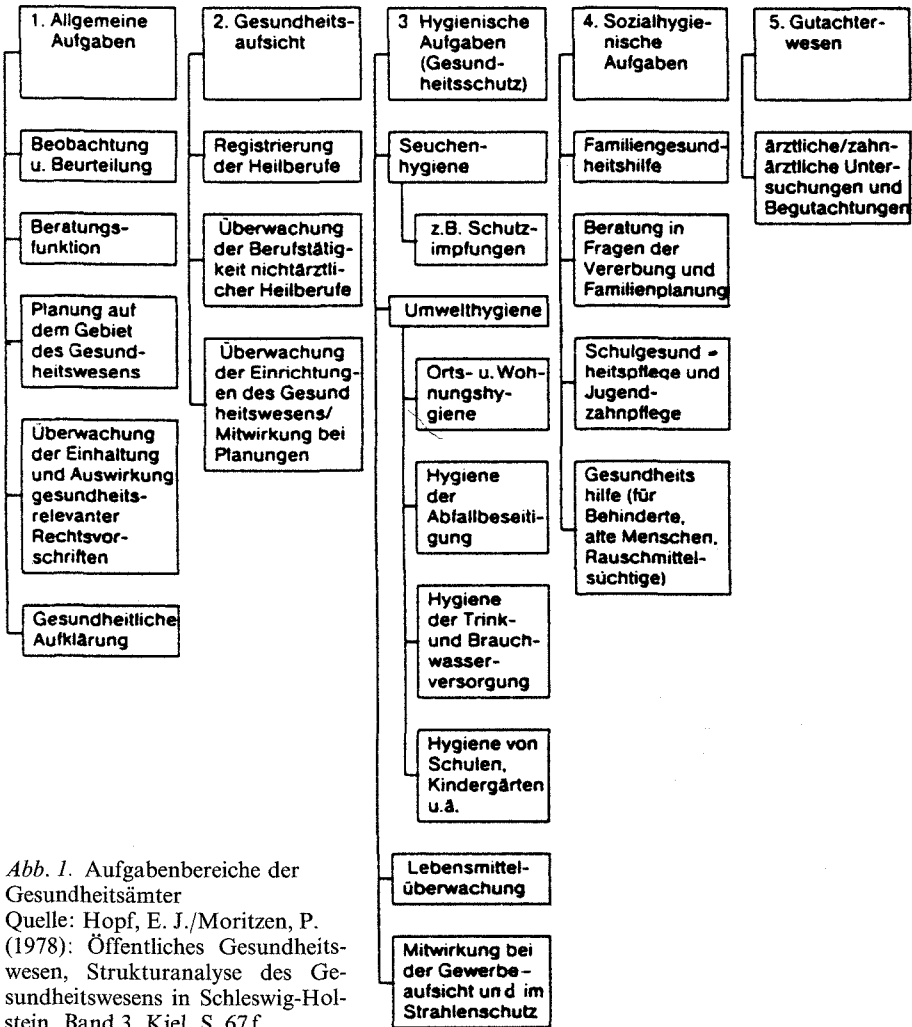


Abb. 1. Aufgabenbereiche der Gesundheitsämter
Quelle: Hopf, E. J./Moritzen, P. (1978): Öffentliches Gesundheitswesen, Strukturanalyse des Gesundheitswesens in Schleswig-Holstein, Band 3. Kiel, S. 67 f.

Verhaltensprävention

Auf die Modifikation gesundheitsriskanten Verhaltens zielen sowohl Aktivitäten des Staates (Bundes- und Landeszentralen für gesundheitliche Aufklärung), der gesetzlichen Krankenkassen, die nach §§ 1 und 20 SGB V seit 1989 hierzu einen gesetzlichen Auftrag haben, als auch von Verbänden (vor allem die in der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung zusammengeschlossenen Verbände) und Bildungseinrichtungen (vor allem Volkshochschulen) (vgl. Abb. 2).

Verhaltensprävention durch überkommene Formen der Gesundheitsaufklärung und -belehrung hat sich dabei als insgesamt wenig effektiv erwiesen. Sie erreicht meist nur sehr geringe Anteile der Risikopopulationen, Teilnehmer aus der Unterschicht und Menschen mit besonders hohen

Risiken sind dabei noch einmal deutlich unterrepräsentiert. Ähnlichen effizienzmindernden Selektionseffekten scheint auch die Gesundheitsberatung durch die Kassenärzte zu unterliegen, die in Modellvorhaben und nach § 25 SGB V im Rahmen der „Gesundheitsuntersuchungen“ vergütet wird. Insgesamt hat sich allerdings auch gesundheitsriskantes Verhalten als durch Politik beeinflussbar erwiesen.

Politische Anstrengungen zur Verhaltensprävention erbringen dabei 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). 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. Dies

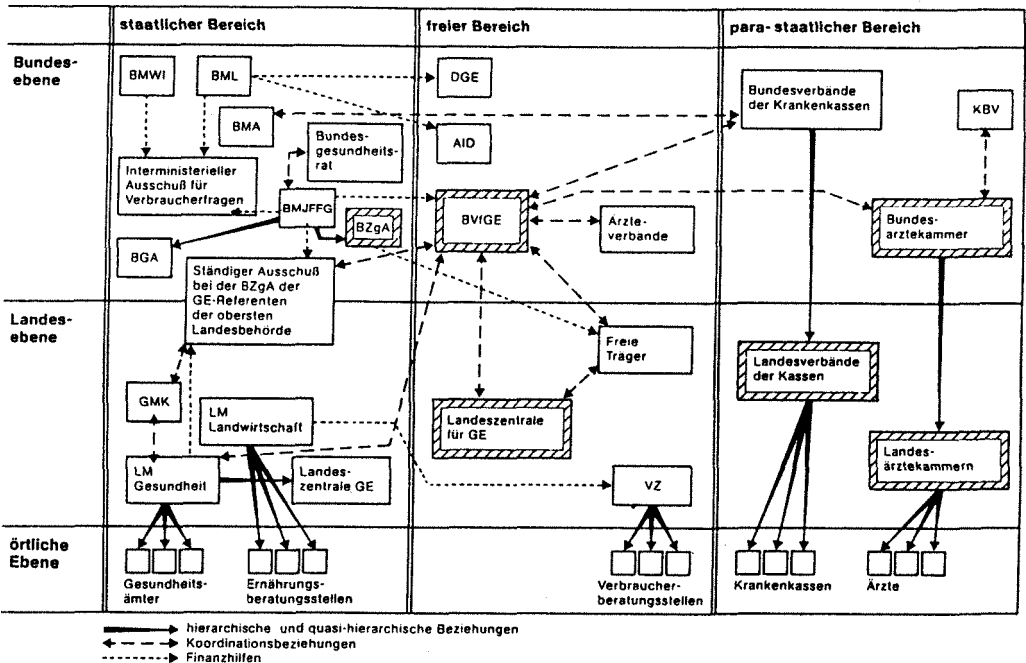


Abb. 2. Präventives Versorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland

Zu einigen Abkürzungen:

AID Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten, BM . . . Bundesminister für . . . , BGA Bundesgesundheitsamt, BVfGE Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V., GE Gesundheitserziehung, VZ Verbraucherzentrale

Quelle: v. Troschke, J.: Organisation und Praxis der Prävention in der BRD, in: Elkeles, Th., Niehoff, J.-U., Rosenbrock, R. & Schneider, F., 1991, S. 95

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 – schichtenspezifisch – zu erheblichen Verbesserungen in der privaten Hygiene.

Die Benutzung des Sicherheitsgurtes durch ca. 90% der Autofahrer rettet in der (alten) Bundesrepublik jährlich über 2 000 Menschenleben. Dies ist in erster Linie Ergebnis einer der ersten zentralstaatlich organisierten Gesundheitskampagnen mit Zielgruppendifferenzierung in der Bundesrepublik, und – historisch und quantitativ – erst in zweiter Linie eine Folge der Sanktion des Nichttragens mit 40 DM Bußgeld. Unterstützt durch öffentliche Kampagnen und gesetzliche Regulierungen hat in Kanada und in den USA – mit großen schichtenspezifischen Unterschieden – die Anzahl der Zigarettenraucher um ca. 30% abgenommen. Die in Umfang und Tempo dramatischen Verhaltensänderungen der hauptsächlich von Aids betroffenen Bevölkerungsgruppen (homosexuelle Männer, Fixer) sind nicht zuletzt ein Erfolg öffentlich finanziert, aber weitgehend von Repräsentanten dieser Gruppen konzipierten und propagierten Verhaltensprävention. Das in die Lebenslage und Lebensweise eingebettete Programm zur Zahnprophylaxe, vor allem in Kindergärten und Schulen in der Schweiz, hat – zusammen mit Fluoridierung von Trinkwasser und Zahnpasta – dazu geführt, daß in Basel 68% der Zehnjährigen ein kariesfreies Dauergebiß aufweisen (West-Berlin: 18%).

Gesundheitsförderung

Die multifaktorielle Verursachung der wenigen, überwiegend chronisch degenerativ verlaufenden Krankheiten, die heute das Krankheits- und Sterbegeschehen in industrialisierten Ländern 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 zur Herausbildung eines dritten Typs von Prävention, der *Gesundheitsförderung*, geführt.

Im Kern geht es darum, Menschen die Verankerung in sozialen Netzwerken zur Kommunikation und Hilfeleistung zu erleichtern bzw. zu ermöglichen, und sie in den Stand zu versetzen, ihre Gesundheit als ihr eigenes (individuelles und kollektives) Interesse zu erkennen und zu verfolgen. Eine solche sozial eingebundene und interessenbezogene Sichtweise von Gesundheitsgefahren und -problemen 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.

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. Tabelle 1). Der Gefahr einer uferlosen Ausweitung professioneller Betreuung und Kontrolle begegnet das Konzept mit Überlegungen zu einem neuen Verhältnis zwischen Helferberufen und Zielgruppen (enabling, empowerment).

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.

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 wenn Gesundheitsförderung 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.

Felder und Institutionen der Primärprävention

Die Primärprävention hat weder in der Bundesrepublik noch in anderen Indu-

strieländern eine einheitliche Institutionalisierung gefunden. Zuständigkeiten, Instrumente und professionelle Arbeitsteilungen unterscheiden sich je nach Politiktyp (Verhaltens-, Verhältnisprävention, Gesundheitsförderung) und Interventionsfeldern (Arbeit, Gemeinde, Umwelt). Dies ist einerseits angemessen, führt aber andererseits mangels einer Gesamtverantwortung zu eher zufälligen Schwerpunktsetzungen, Mehrfachzuständigkeiten und Lücken.

Arbeitswelt

Ein gesundheitspolitisch stark defizitäres und im letzten Jahrzehnt eher (wieder) dethematisiertes 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 Gesundheitsbelastungen, sondern prägen auch mit Verhaltensanreizen und Sanktionen das Bewältigungshandeln. 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 durch den Einsatz der von Unternehmen eingestellten Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte (Arbeitssicherheitsgesetz 1974), durch die Arbeit der Gewerbeaufsichtsämter und der technischen Aufsichtsbeamten der Berufsgenossenschaften (als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung) sowie durch technische und personalpolitische Modernisierungsschübe der letzten Jahrzehnte vor allem physikalische und chemische 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. Messung und Beeinflussung gesundheitlicher Belastung durch Arbeit werden von Arbeitsmedizinerinnen und

Sozialwissenschaftlern häufig noch unterschiedlich gesehen und beurteilt.

Unter anderem mit staatlichen Forschungs- und Innovationsprogrammen (Humanisierung der Arbeit; seit 1985: Arbeit und Technik) wird versucht, produktivitätsorientierte, gesundheitliche und berufspädagogische Ziele miteinander zu verbinden. Zeitstabile Erfolge und Verallgemeinerungen beschränken sich zumeist auf wenige Großunternehmen. 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 im Zuge der flächendeckenden Einführung der Mikroelektronik auf. Diese führen in der Regel nicht zu den faktisch nur bei erwiesener (Mono-)Kausalität anerkannten Berufskrankheiten, wie sie von der halbparitätisch selbstverwalteten und von gefahrenabhängigen Beiträgen der Unternehmen finanzierten gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) betreut und entschädigt werden, sondern zu einer nach Millionen zu schätzenden Anzahl von arbeitsbedingten Erkrankungen.

Die Gesundheitsgerechtigkeit der Arbeitsbedingungen ist auf der Makroebene beständig Gegenstand von Auseinandersetzungen und Aushandlungen zwischen Gewerkschaften und Unternehmerverbänden (Tarifverträge, zum Teil mit explizitem Gesundheitsbezug), auf der Mikroebene zwischen Beschäftigten/Betriebsrat und Unternehmen/Management. Die Durchsetzungschancen von Gesundheitszielen hängt damit oft vom Arbeitsmarkt und von der wirtschaftlichen Lage des Unternehmens ab; hinzu kommen die tendenziellen Orientierungen der Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte an den Belangen der Unternehmerseite sowie Sorgen der Beschäftigten in bezug auf den Schutz ihrer Gesundheitsdaten.

Als zentraler Mangel des gegenwärtigen Arbeitsschutzsystems wird außer diesen Abhängigkeiten 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 Gesundheitsproblemen meist andererseits ungenutzt bleibt.

In einer kleinen, aber wachsenden Anzahl von Großbetrieben kam es in den letzten Jahren zu Versuchen und Modellprojekten, Ansätze von Gesundheitsförderung auf die Gestaltung von Arbeitsbedingungen und die Wahrnehmung von Gesundheitsbelastungen anzuwenden (z. B. Gesundheitszirkel).

Gemeinde

Mit *Gemeinde* kann im Zusammenhang mit Primärprävention sowohl die territorial-administrative Einheit als auch eine durch gemeinsame gesundheitliche Problemlagen oder andere Merkmale verbundene Gruppe gemeint sein.

In bezug auf die *administrative Gemeinde* wurden die verhältnispräventiven Dauerfunktionen vor allem der Gesundheits-, und zum Teil auch ausdifferenzierter Umweltämter, wie auch die zahlreichen Angebote zur Verhaltensmodifikation durch Kassen, freie Träger, kommerzielle Unternehmen, Selbsthilfegruppen, Volkshochschulen etc. bereits genannt. Darüber hinaus sind in den letzten Jahren zahlreiche risikobezogene Kampagnen, Experimente mit lokaler Gesundheitsberichterstattung sowie örtlichen bzw. regionalen Gesundheitskonferenzen bzw. -foren zu beobachten.

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 versucht, Bürgeraktivierung zur Gesundheitsförderung in der Gemeinde durch administrativ unterstützte Schwerpunktkampagnen anzuregen und durch gegenseitige Vernetzung zu stabilisieren. Die Anzahl von Bürgerinitiativen zu gesundheits-

bezogenen Themen hat zwar seit Ende der siebziger Jahre abgenommen, scheint aber ein neues Stabilisierungsniveau 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) und der unspezifischen Gesundheitsförderung in die Praxis umzusetzen. Es ist derzeit nicht möglich, Zeitstabilität und gesundheitsbezogene Wirkungen dieser Aktivitäten abzuschätzen.

Auf spezifische Risikosenkung und unspezifische Gesundheitsförderung im Rahmen administrativ definierter Gemeinden, jedoch mit zusätzlichem Zielgruppenbezug, versuchen zahlreiche Interventionsstudien, darunter als größte die deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP), einzuwirken. Gesundheitspolitisch werden daran Hoffnungen auf die Verallgemeinerung solcher Ansätze geknüpft. Gemessen an ursprünglichen Interventionskonzepten und Ergebnisvermutungen wurden die Erwartungen reduziert. Das gilt auch für die noch wesentlich größeren und teureren Interventionsprojekte in den USA (z. B. *'Five-Cities-Project'*/Stanford). Andererseits zeigen zahlreiche kleinere, meist im Umkreis von *Public-Health-Schools* in den USA entstandene Interventionsprojekte mit *'communities'* die prinzipielle Tragfähigkeit dieses Ansatzes.

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

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 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 kam ein für Deutschland in mehrfacher Hinsicht innovatives Konzept *gemeindeorientierter* (im Sinne von *gruppenbezogener*)

Prävention zum Tragen. Die staatliche Förderung von Aids-Hilfen und zielgruppenspezifischen Aids-Projekten stellt eine Anwendung des Selbsthilfekonzpts (das üblicherweise in der Tertiärprävention wirksam wird) auf die Primärprävention dar. Die Zeitstabilität und Übertragbarkeit dieser Intervention auf andere Gruppen bzw. Risikotypen ist noch nicht erprobt.

Evaluationen zeigen, daß sich in den Hauptbetroffenengruppen überwiegend präventives Verhalten durchgesetzt hat. Die im Umgang mit Aids gewonnenen Erfahrungen nichtmedizinischer, lebensweisebezogener und verhältnisgestützter Verhaltensprävention enthalten auf konzeptioneller und institutioneller Ebene wichtige Anregungen, auch für die Gestaltung anderer Felder gemeindebezogener Prävention.

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 überwiegend auch auf kommunaler Ebene getrennt von Gesundheit. Das Umweltrecht ist dagegen eindeutig anthropozentrisch, d. h. es bezieht seine Schutzziele aus Annahmen über die Wirkung von Umwelteingriffen auf die menschliche Gesundheit, ohne der Natur, Flora und Fauna einen Eigenwert (ökozentrischer Ansatz) zuzugestehen.

Als Reaktion auf die von Öko-Bewegungen und Medien bewirkte ‚Entdeckung‘ des Umweltthemas ist umweltbezogene Primärprävention seit Beginn der siebziger Jahre institutionell und rechtlich überaus dynamisch gewachsen, wenngleich sich eine einheitliche Beurteilung und Dimensionierung der teilweise hypothetischen Risiken noch schwieriger gestaltet als in anderen gesundheitspolitischen Arenen. Die Beweislastverteilung ist dabei in der Regel antirestriktiv, d. h. permissiv, zumal auch das 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 als nicht herstellbar erscheint, zielen neuere Ansätze auf die Organisierung professionell moderierter Diskurse unter Beteiligung der Interessenten und Kontrahenten. Größtenteils ungelöst ist die politische und ökonomische Steuerung des Übergangs zu emissions- und abfallärmeren Produktionsprozessen und Konsummustern sowie der Umgang mit Altlasten. Im Hinblick auf das Schutzziel ‚Lärm‘ scheint der primärpräventive Umweltschutz –

außer in verkehrsintensiven Ballungsräumen – eine insgesamt positive Bilanz aufzuweisen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß unter den insgesamt eher geringen Aktivitäten der Primärprävention die Versuche der individuellen Verhaltensbeeinflussung dominieren.

Dies kann mit empirischer Evidenz über die höhere Effektivität und Effizienz dieses Ansatzes nicht begründet werden, zumal aufwendigere, aber ertragreichere Versuche der Verhaltensbeeinflussung über den ‚produktiven Umweg‘ der Lebensweise (Beispiele: Aids, zum Teil Zigarettensuchen in den USA) auch dort die Ausnahmen bleiben, wo hohe Evidenz für erzielbare gesundheitliche Wirkung vorliegt.

Dieses gesundheitspolitische Vollzugsdefizit findet seine Gründe in risiko- und umfeldspezifischen Thematisierungsbedingungen sowie in den jeweiligen Akteur- und Interessenstrukturen (‚präventionspolitische Konstellationen‘). Für die bestehenden Defizite lassen sich insgesamt fünf übergreifende Gründe identifizieren:

1. Entgegen der von nahezu allen gesundheitspolitischen Akteuren zunehmend gepflegten Präventions- und Erfolgshetorik befindet sich der Handlungstyp der systematisch fundierten und zum Teil unspezifischen Risikosenkung mit den Medien der Politik erst am Anfang seiner Entwicklung. Es mangelt infolgedessen an (wissenschaftlich zu fundierenden) Erfahrungen über neue Politikformen vor allem auf lokaler und regionaler Ebene, die die starre Grenze zwischen Staat und Nicht-Staat durch nicht-paternalistische und nicht-bürokratische Formen des Dialogs und der Interaktion mit Betroffenen und Bürgerbewegungen überwinden bzw. überformen. Arbeitsteilung und Kompetenzbereiche zwischen den beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen sind unklar und oft noch umstritten. Außerdem fehlt es fast durchgängig an ausreichendem Selbstbewußtsein zu wirklich innovativen notwendigerweise immer auch experimentellen Projekten der Prävention.
2. In Entscheidungen staatlicher und betrieblicher Politik dominieren ökonomische Gesichtspunkte weithin über das gesundheitliche Argument. Gesundheitgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen, Reduktion von Umweltbelastungen, komplexe Gesundheitskampagnen mit Lebensweisebezug etc. kosten Geld. Ihr Nutzen ist dagegen oft nicht in Geld auszudrücken, liegt außerhalb

des Interessenbereichs der Akteure/Verursacher und jenseits der meist kurzfristigen Planungshorizonte. Die Geschichte der Prävention zeigt, daß die wichtigsten Erfolge durch soziale Bewegungen induziert wurden, die sich gegen die einseitige Durchsetzung wirtschaftlicher Interessen richteten.

3. Durch die Ökologie- und Gesundheitsbewegungen wurden 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“. Dies nimmt dem sozialen Impuls einen großen Teil seiner politischen Wirksamkeit.
4. Ein weiterer Teil dieser sozialen Schubkraft wird durch die Definitionsmacht und die Aktivitäten der naturwissenschaftlich orientierten klinischen Medizin absorbiert. Da individuelle Prävention als weithin kassenärztliches Leistungsfeld angesehen wird, dominieren in der Prävention Sichtweise und Leistungen des Kassenarztes. Neben der, gegenüber anderen Beratungsformen, deutlich privilegiert geförderten ärztlichen Beratung, handelt es sich dabei vor allem um Früherkennungsuntersuchungen zur Vorverlegung der individuellen medizinischen Therapie (Sekundärprävention, vgl. 3.3). Die in der Öffentlichkeit nur langsam nachlassende Identifikation von „Gesundheitspflege“ mit „Medizin“ führt häufig zu einer Umthematisierung von Problemen der Primärprävention zu solchen der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen.
5. 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, gegen-tendenziellen Politik zu erwarten. Davon kann kaum die Rede sein. Der sozialpolitische Kontext der Gesundheitspolitik ist seit ungefähr einem Jahrzehnt zunehmend durch die Individualisierung von Risiken gekennzeichnet. 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 Bürgerbewegungen und engagierten Professionals aus Medizin und Sozialwissenschaften sowie im qualitativen und quantitativen Wachsen gesundheitswissenschaftlicher Qualifikation (public health).

3.3 Sekundärprävention

Auf gesundheitspolitisch wesentlich bessere Entwicklungsbedingungen als die Primärprävention trifft in der Bundesrepublik die kassenarztgetragene Früherkennung zur Vorverlagerung des Zeitpunkts individualmedizinischer Intervention (Sekundärprävention). Das Konzept geht von der, auch der 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 bessere Ergebnisse als von der ‚Endpunktbehandlung‘. Beide Interventionstypen zielen also auf die Minderung der Eintrittswahrscheinlichkeit medizinisch meist nicht reversibler Erkrankungsverläufe. Präventive Individualmedizin und Primärprävention ziehen aus diesem Konzept unterschiedliche Schlußfolgerungen. Daraus ergeben sich unterschiedliche, teils komplementäre, teils konkurrierende Antworten auf zwei zugrundeliegende, die Wahrnehmungen und das Handeln strukturierende Leitfragen: 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. Tabelle 2).

Abgesehen von Kernbereichen, in denen der gesundheitliche Nutzen möglichst die

Tabelle 2. Sekundärprävention und Primärprävention im Vergleich

	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. Betreuung des erkrankten Individuums; Immunisierung	Verhütung von Krankheiten durch Minderung von Gesundheitsrisiken
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‘
Wissenschaftl. u. 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- u. Zielpunkt der Interventionen	Organismus des Individuums; Lebensweise	Lebenswelt von Individuen und Gruppen; Lebensweise
Theoretische Grundpositionen	Krankheit vorwiegend als Störung organischer Stoffwechselfvorgänge, z. T. als Defekte, z. T. als Ungleichgewichte interpretiert; Streß	Krankheiten als Störung des Stoffwechsels zwischen Lebenswelt und äußerer bzw. innerer Natur des Menschen; 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 systematische Verursachung (multifaktoriell, Regelkreise zwischen Belastungen und Bewältigungsverhalten)
Diagnoseinstrumente	Überwiegend technische Abbildung und Messung von Körperfunktionen, z. T. Sozialanamnese	Primär Analyse technisch-organisatorischer und sozialer Verhältnisse von Gruppen in ihrer direkten oder indirekten (verhaltensprägenden) gesundheitlichen Wirkung; psychologische Verfahren
Treffsicherheit 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 Belastungskonstellationen stößt auf vielfältige Widerstände, der Abstand zwischen Diagnose und Intervention wächst

Tabelle 2. (Fortsetzung)

	Sekundärprävention	Primärprävention
Eingriffspunkte der Prävention/Therapie	Überwiegend technische Interventionen in Organe, Zellen, Moleküle; Risikofaktoren; Psyche; Verhaltensbeeinflussung; Patientenaktivierung	Technische-organisatorisch und sozial definierte Risikokonstellationen (Verhältnisprävention); soziale Bewältigungskapazitäten in Familie, Nachbarschaft und Gemeinde (Gesundheitsförderung); gesundheitsriskantes Verhalten (Verhaltensprävention); Aktivierung von Betroffenenkompetenz
Erfolge/Mißerfolge	Z. T. unzweifelhaft, z. T. unerforscht, z. T. strittig; Meßprobleme	Z. T. unzweifelhaft, z. T. unerforscht, z. T. strittig; Meßprobleme
Soziale bzw. institutionelle Gestalt	Medizinsystem, Steuerungsversuche durch Staat und Parastaat	Verstreut auf zahlreiche Politikfelder (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; ungelöste Probleme der Steuerung und Verallgemeinerung

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. In der Bundesrepublik ist seit Beginn der siebziger Jahre das weltweit umfangreichste Angebot auf medizinische Früherkennungsuntersuchungen (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 z. B. bereits 1971 kodifizierten Regeln und Kriterien für die Einführung von Screening-Untersuchungen.

Dies verdankt sich der Konstellation nahezu bevölkerungswelter 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-)Ärzeschaft, die sich ihrerseits einem beständig wachsenden, und im einzelnen oft nicht mehr abschätzbaren, Angebot von Diagnose-Technologien gegenübersehen. Ausreichende Kosten-Wirkungsabschätzungen vor der Ingangsetzung dieser Programme sind ebenso die Ausnahme wie epidemiologisch aussagefähige Evaluationen der Durchführung.

Kosten und Effektivitätskontrolle

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:

- Kluft zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Fähigkeiten der Medizin

(Befunde bei symptomlosen, gefährdeten Menschen ohne medizinisch-therapeutische Konsequenz; z. B. Stenosen der Herzkranzgefäße, erhöhte Leberwerte etc.);

- Unterrepräsentierung von gefährdeten Gruppen bei der Inanspruchnahme entsprechender Früherkennungsuntersuchungen;
- (teilweise methodisch bedingte) systematische Überschätzung des Behandlungserfolgs;
- Wirksamkeitsabschätzungen unter atypischen Bedingungen (vor allem bei Kontrolle von Langzeittherapien);
- Gefahr von Fehldiagnosen, vor allem bei seltenen Krankheiten (falsch positive Befunde);
- Unterschätzung des medizinischen und organisatorischen Aufwandes und Überschätzung des Ausmaßes der Krankheitsverhinderung (vor allem bei Routine-Vorsorgeuntersuchungen);
- Unterschätzung der Nebenwirkungen bei prophylaktischen Behandlungen (z. B. Langzeitbehandlungen mit Fettsenker Cholestyramin zur Verhinderung eines Herzinfarkts/Schlaganfalls);
- Überschätzung der Effektivität der medizinischen Untersuchung im Hinblick auf gesundheitlich wünschbare Verhaltensänderungen;
- Unterschätzung der Früherkennungskapazität der ärztlichen Versorgung auch ohne Früherkennungsprogramme;
- Kosten der Früherkennungsprogramme ‚pro verhindertem Fall‘ werden selten mit alternativen Möglichkeiten der Risikosenkung/Prävention in Beziehung gesetzt.

Im Vergleich zu den restriktiven Bedingungen, auf die die Programmierung und Durchsetzung von Projekten der Primärprävention trifft (vgl. 3.2), 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 Effektivität und Effizienz der Intervention. Bezogen auf das Ziel „Senkung von Erkrankungswahrscheinlichkeiten“ liegen der Primär- und der Sekundärprävention in der Bundesrepublik höchst unterschiedliche Maßstäbe der Risikoabschätzung und Nutzenerwartung zugrunde. Während in der internationalen Diskussion seit Jahren zu einem eher restriktiven Umgang mit neuen Früherkennungsprogrammen, und insbesondere zu einer sorgfältigen epidemiologischen

Abschätzung vor Inangasetzung geraten wird, 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 zwischen 200 Millionen und 800 Millionen DM geschätzt werden. 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.

3.4 Krankenversorgung (Tertiärprävention)

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. Die Aufgabendefinition 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 „ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung“ (u. a. § 12 SGB V).

Organisation und Finanzierung des Krankenversorgungssystems

Im Zuge der Erweiterung des Versichertenkreises, der Verschiebungen des Krankheitspanoramas und des demographischen

Wandels sowie auf Basis eines sich erweiternden Verständnisses von Gesundheit und Krankheit entspricht der 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. Abb. 1) die Teilaufgabe wahrnehmen, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Funktionseinbußen so früh wie therapeutisch sinnvoll zu ermitteln, und unter gleichrangiger Beachtung von Autonomie 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 in diesem Bereich ist auf die Schwierigkeiten zurückzuführen, die gewachsenen institutionellen Strukturen, professionellen Arbeitsteilungen und Anreizsysteme an die veränderte Aufgabenstellung anzupassen.

Historische und international vergleichende Untersuchungen stimmen darin überein, daß Quantität und Qualität medizinischer Leistungen sowie Unterschiede in der Organisation des Medizin-Systems nur einen Bruchteil der Veränderungen in Morbidität und Mortalität erklären, 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 auffällt.

Die in diesem Bereich zu lösenden gesundheitspolitischen Steuerungsprobleme 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 die Strukturen, Qualifikationen und Anreizsysteme in der Krankenversorgung, daß möglichst jedes Gesundheitsproblem eine adäquate Versorgung erfährt? (Steuerungsziele: Effektivität; Versorgungsqualität)
3. Wie ist zu gewährleisten, daß Leistungen in der Krankenversorgung möglichst kostengünstig erbracht werden? (Steuerungsziele: Effizienz; Finanzierbarkeit)

Steuerungsversuche beschränken sich allerdings zumeist auf das dritte Ziel 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 zwei Gründe: Zum einen sind die Krankenversicherungsbeiträge Bestandteil der vom Arbeitgeber zu kalkulierenden Bruttolohnkosten und damit Gegenstand der Verteilungsauseinandersetzung 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. Circa 70 000 niedergelassene Ärzte (alle Zahlen: alte Bundesländer 1988 bzw. 1989), darunter 30 000 Allgemeinmediziner und 10 000 Internisten, 30 000 Ärzte mit anderen Gebietsbezeichnungen sowie 32 000 Zahnärzten bilden ein – regional sehr unterschiedlich – dichtes Netz der ärztlichen ambulanten Primär- und Sekundärversorgung, das in über 350 Mill. Abrechnungsfällen pro Jahr in Anspruch genommen wird. Arztdichte und Arzteinkommen liegen in der Bundesrepublik weit über dem internationalen Durchschnitt. Die Praxen sind Kleinbetriebe mit durchschnittlich

ca. 5 Beschäftigten, ca. jeder fünfte 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. Neben den ca. 30 Mrd. DM für selbst erbrachte Leistungen (davon Zahnärzte: ca. 8 Mrd. DM) veranlassen sie Kassenausgaben in Höhe von ca. 75 Mrd. DM (und ca. 30 Mrd. DM Lohnfortzahlung von Unternehmen). Die über 700 Mill. Arzneiverordnungen im Werte von über 20 Mrd. DM können in ca. 18 000 Apotheken eingelöst werden, die über einen hochkonzentrierten Großhandel von ca. 1000 durchweg weit überdurchschnittlich profitablen Pharmaherstellern beliefert werden. Für etwa 8 Mrd. DM werden Heil- und Hilfsmittel verordnet, die überwiegend aus handwerklichen Betrieben stammen.

Die Leistungen kommunaler, freigemeinnütziger und gewinnwirtschaftlicher Betriebe für ambulante Pflege und Betreuung werden ebenso wie die nicht-medizinischen Therapien (Psychotherapie, Krankengymnastik etc.) nur zum Teil und nur auf ärztliche Verordnung von den Kassen finanziert. In den ca. 3 000 Krankenhäusern stehen fast 700 000 Betten, von denen sich etwa die Hälfte in staatlichem, ein Drittel in gemeinnützigem und ein Sechstel in privatem Besitz befindet. Die Betten sind insgesamt ca. 210 Mill. Tage pro Jahr belegt. Circa 60% der Betten sind für Akutfälle. Vor allem im Bereich spezialisierter Krankenhäuser nimmt der Anteil der privaten Eigentümer beständig zu. Einschließlich der ca. 900 000 Beschäftigten in den Krankenhäusern, darunter ca. 90 000 Ärzte, arbeiten ca. 2 Mill. Menschen beruflich in der Krankenversorgung.

Sieht man von der Versorgungsfinanzierung der ca. 6,5 Mill. Privatversicherten sowie jenen Krankenversorgungsleistungen ab, die durch die gesetzliche Rentenversicherung (GRV: Rehabilitation) und die gesetzliche Unfallversicherung (GUV, Berufsgenossenschaften) finanziert und zum Teil selbst erbracht werden, so ist das formale Steuerzentrum dieses Leistungs-

geschehens die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die über 90% der Wohnbevölkerung versichert und dafür jährlich ca. 130 Mrd. DM aufwendet. Sie kommt damit für rund die Hälfte aller nach der volkswirtschaftlichen Definition explizit für ‚Gesundheit‘ aufgewendeten Mittel (ca. 280 Mrd. DM, davon insgesamt ca. 170 Mrd. für Krankenbehandlung) auf. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt liegt seit Ende der siebziger Jahre mit nur geringen Schwankungen etwas über 8%. Im internationalen Vergleich bedeutet dies einen Platz im Mittelfeld (USA, marktwirtschaftlich organisiert: 12,4%; Großbritannien, staatlich organisiert: 6,1%).

Die Finanzierung der GKV erfolgt durch einen nach Kostendeckungsprinzip für die jeweilige Versichertengemeinschaft kalkulierten Zwangsbeitrag in Höhe eines einheitlichen Prozentsatzes vom Bruttolohn, den der Arbeitgeber (bei Sozialeinkommen: der Kostenträger) einbehält, und – wie die Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung – an die Versicherungsträger weiterleitet. Oberhalb von Pflichtversicherungsgrenzen (in der GKV seit 1989 monatlich 4 875 DM) steigt der Betrag nicht mehr an. Nicht beschäftigte Familienangehörige sind automatisch und ohne Aufschlag mitversichert. Für die Krankenversicherung der Rentner (ca. 40% der GKV-Kosten) gibt es einen kassenartenübergreifenden Finanzausgleich, der die Rentenversicherung entlastet. In Abhängigkeit von Risikostruktur und Versorgungsangebot, die die Kassen kaum beeinflussen können, liegen die Beitragssätze zwischen 8% und 16%.

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 Charakter als ‚Auffangkasse‘ damit zu einer Überrepräsentanz von Versicherten mit niedrigem Einkommen und hohen Krankheitskostenrisiken geführt hat. Da die Beiträge nicht nach individuellem Risiko, sondern nach Einkommen kalkuliert sind, ergibt sich – innerhalb jeder Kasse bzw. durch kassen-

übergreifenden 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 beständig zu und kann in der Perspektive den solidaren Kern des deutschen GKV-Systems unterminieren.

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 Kranken- bzw. Überweisungsscheine oder Verordnungen (Sachleistungsprinzip).

Versuche, bei denen der Versicherte selbst bezahlt und den Betrag von seiner Kasse erstattet bekommt (Kostenerstattungsprinzip), erbrachten bislang keine Anhaltspunkte einer dadurch verbesserten Zugangs- und Inanspruchnahmerationalität. Durch in der Tendenz kontinuierlich zunehmende direkte Zuzahlungen bei Inanspruchnahme von Arzneimitteln, Krankenhäusern, Heil- und Hilfsmitteln, Zahnbehandlung, Krankentransport und Kuraufenthalt („Selbstbeteiligung“) wird dieses Prinzip zunehmend angegriffen.

Die durch das SGB V im Jahre 1989 erheblich ausgedehnten Zuzahlungen erreichten bereits 1985 über 4 Mrd. DM, durchschnittlich sind das monatlich ca. DM 10,- pro Versicherten. Überdurchschnittlich betroffen sind jedoch chronisch Kranke und damit überproportional ältere und ärmere Versicherte, für die Zuzahlungen einen – gesundheitspolitisch kontraindizierten – Abschreckungseffekt haben können. Eine Steuerungswirkung von „Selbstbeteiligung“ in Richtung auf Zugangsrationalität und Versorgungsqualität konnte bislang nicht nachgewiesen werden, wird aber von Anhängern marktwirtschaftlicher Steuerungskonzepte nach wie vor postuliert

(vgl. Kontroversen in: Deutscher Bundestag 1988/1990).

Umfang und Dynamik der Inanspruchnahme zeigen, daß auch innerhalb von marktwirtschaftlich regulierten Gesellschaften große Bereiche nach subjektiv definierten Bedarfskriterien, d. h. ohne die Zugangshürde ‚kaufkräftige Nachfrage‘ reguliert werden können. Die Primärananspruchnahme, auf die die Versicherten im Versorgungsgeschehen noch den relativ größten autonomen Einfluß haben, stagniert seit Jahren. Der Krankenstand (ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit) oszilliert konstant um 5%. Das Ausgabenwachstum der letzten Jahre erklärt sich vor allem durch die Ausweitung der Leistungsmenge pro Patient und Fall, und ist damit stark anbieterinduziert. Anstiege der GKV-Beiträge erklären sich überdies zu einem erheblichen Teil aus dem durch gesamtwirtschaftliche Kräfteverschiebungen erklärbaren Sinken der Bruttolöhne am Sozialprodukt (Lohnquote). Die Figur des beständig Arztkontakte, Arzneimittel, Krankschreibungen und Krankenhausaufenthalte maximierenden Versicherten liegt zwar Modellvorstellungen und Politikvorschlägen vor allem neoliberal argumentierender Gesundheitsökonomien zugrunde, findet aber weder in der GKV-Statistik noch in den wenigen dazu durchgeführten empirischen Studien (z. B. Rand-Studie, USA) eine empirische Bestätigung (vgl. dazu Kontroversen in: Deutscher Bundestag 1988/1990).

Die Berechtigung zu und die Preise für Leistungen auf Kosten der ca. 1 100 regional und in Landes- und Bundesverbänden organisierten Pflicht- sowie der 15 bundesweit agierenden Ersatzkassen werden in dem durch das Parlament definierten Rahmen (derzeit SGB V) und unter staatlicher Aufsicht (BMG, Länderministerien, Bundesversicherungsaufsichtsamt) teils durch Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern (Ärzte, Krankenhäuser), teils durch Festlegung von Erstattungs-Höchstbeträgen (Festbeträge: Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel) durch die Kassen unter Entscheidungsbeteiligung der Kassenärz-

te (Bundesausschuß Ärzte-Krankenkassen) festgelegt.

Einzelkassen und Kassenverbände werden von einer formal alle sechs Jahre gewählten Selbstverwaltung (Sozialwahlen) ‚regiert‘. Sie 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 vor allem auf der Arbeitnehmer- bzw. Versichertenseite der Übergang von genossenschaftlicher (direkter) zu verbandlicher (intermediärer) Repräsentanz vollzogen. Damit sind die beiden Sozialparteien und die Geschäftsführungen der einzelnen Kassen sowie der Kassenverbände jene Akteure, die die Nutzung der relativ engen Verhandlungs- und Gestaltungsspielräume der Kassen bestimmen.

Neokorporatistische Steuerung

Das Tableau der am gesundheitspolitischen Steuerungsprozeß beteiligten Akteure (vgl. Alber 1992) umfaßt neben dem Staat (Bund, Länder, Gemeinden) die Sozialparteien, die Kassen und Kassenverbände sowie die Leistungserbringer in unterschiedlicher verbandlicher Form sowie mit unterschiedlichen ökonomischen und politischen Droh- und Durchsetzungspotentialen. Die herausragende Position nehmen die kassenärztlichen Vereinigungen ein, die auf der Basis von Zwangsgliedschaft ihren öffentlich-rechtlich abgesicherten Monopolbereich (Umfang und Inhalt ambulanter Versorgung) sowohl als Interessengruppe vertreten, als auch nach innen hin kontrollieren (Leistungskontrolle, Betriebstypenpolitik etc.). Die Entwicklung verbandlicher Organisationsformen der Krankenhäuser wird vor allem durch die unterschiedlichen Besitzverhältnisse (Trägervielfalt) sowie durch die Verteilung rechtlicher Zuständigkeiten zwischen Bund, Ländern und Gemeinden behindert. Die Verbände privatwirtschaftlicher Leistungserbringer (Pharma-Industrie, Heil- und Hilfsmittel, private Kran-

kenhäuser) erreichen gegenüber ihren Mitgliedern (autonome Wirtschaftssubjekte) nur schwache, aber in der Tendenz zunehmende Bindungswirkung.

Während die privatwirtschaftlich verfaßten Leistungserbringer (Kassenärzte, Hersteller von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, private Krankenhäuser) ein konstantes Interesse an Bestandssicherung, 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.

Die politische und ökonomische Steuerung des Krankenversorgungssystems über vielstufige und ausdifferenzierte Aushandlungsmechanismen zwischen den verbandsförmig organisierten Interessentengruppen (komplexe Vielfachsteuerung) ist eine Spielart des Neokorporatismus. Er wird als Alternative zur Steuerung über den Staat oder über den Markt angesehen (vgl. zur Diskussion der Steuerungsalternativen: Deutscher Bundestag 1988/1990). Dabei geht es in der Krankenversorgungspolitik im Kern darum, den marktgenerierten Tendenzen auf Expansion und Preisauftrieb unter staatlicher Aufsicht Gegengewichte zu setzen. Das Modell setzt auf die Entstehung von handlungsfähigen verbandlichen Akteuren auf Angebots- und Nachfrage-seite (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 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 Ver-

handlungsprozesse und Kontrolle von Verhandlungsergebnissen zugenommen. Auf Bundes- bzw. Spitzenverbandsebene sind als Beispiele der ‚gemeinsamen Selbstverwaltung‘ vor allem die ‚Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit 1977) und die Aufwertung des Bundesausschusses Ärzte-Krankenkassen (BAK) durch die Novellierung des SGB V (1989) sichtbar geworden. Instrumente der Leistungs- und Ausgabensteuerung sind neben direkten Preis- und Tarifvereinbarungen vor allem Plafondierung, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Veränderungen im Leistungskatalog, direkte Zuzahlungen der Versicherten, Veränderungen der Bezugsgrößen für Beitragszahlungen, organisatorische Vereinheitlichung auf der Nachfrageseite sowie Verbesserung der Informations-, Transparenz- und Koordinierungsinstrumente. Eingreifendere Steuerungsinstrumente wie die Stärkung der Kassen durch selektiven Kauf periodenweise ausgeschriebener Versorgungsleistungen (Ausschreibungsmodell), oder Veränderungen des Marktzutritts, der Betriebstypen und Anreizsysteme, sind entweder vollständig dethematisiert oder kommen bislang nur symbolisch zum Einsatz. Nebenbedingungen 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), die kaum eingeschränkte Privatautonomie des Arztes in der Wahl des Standorts, der technischen Ausstattung und des Betriebstypus der Praxis, die ‚freie Arztwahl‘, die ‚Therapiefreiheit‘ sowie die Bezahlung für jede einzelne Verrichtung (Einzelleistungsvergütung). Pharma-Hersteller sowie Produzenten von Heil- und Hilfsmitteln bestehen auf die 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 vergleichbaren ‚Tabuka-

taloge‘, doch sind strukturelle Veränderungen in ihm fast nur im öffentlichen Bereich möglich (Bettenabbau). Um die Kassen hat sich die Vetoposition der Veränderung der ‚gewachsenen Vielfalt‘ des ‚gegliederten Systems‘ gelegt, obgleich die berufsständische Gliederung als dessen Grundlage allgemein als obsolet angesehen wird.

Zentrale gesundheitspolitische Steuerungsprobleme der Zugangsrationalität, der Versorgungsqualität und der Effektivität/Effizienz der Versorgung bleiben in dieser Regulierungsweise unbewältigt und verschärfen sich teilweise dabei noch. Dies sei an drei zentralen Beispielen skizziert:

Versorgungspfad

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

Vier Störungen sind dabei zu nennen: Unterversorgung (schichtspezifische Selbstselektion vor Arztbesuch), Überinanspruchnahme, Übermedikalisierung und Fehlversorgung (vor allem bei psychosomatischen bzw. nicht bio-medizinisch behandelbaren Leiden). 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), vorwiegend im Hinblick auf die Versicherten/Patienten.

Denkbar, und mit Rückgriff auf internationale Erfahrungen auch gestaltbar, wäre nach den Vorstellungen von Gewerkschaften, SPD und Grünen ein Modell, in welchem die kassenarztgetragene medizinische Versorgung, die professionelle psychosoziale sozialarbeiterische und pflegerische Hilfe sowie das nicht-medizinische und nicht-professionelle Bewältigungssystem als drei gesundheitspolitisch gleichwertige und -berechtigte Systeme der ambulanten Versorgung gefördert und gesteuert würden. Dies würde tiefgreifende

Änderungen in der Qualifikation vor allem des Allgemeinmediziners, in der Institutionalisierung des psychosozialen und pflegerischen Sektors (z. B. wissenschaftliche Fundierung und Professionalisierung, neue Betriebstypen, Bildung von Kammern) sowie einen völlig veränderten administrativen und politischen Umgang mit Selbsthilfe und informellem Beratungspotential voraussetzen und auf die systematische Einbeziehung gemeindebezogener Gesundheitsförderung (vgl. 3.2) in die Tertiärprävention hinauslaufen (vgl. Abb. 1). Dazu wird die Förderung bzw. Koordination dieser drei Systeme durch regionale Gesundheitskonferenzen aus Gebietskörperschaften (Gesundheitsämter), Sozialversicherungsträger (vor allem Krankenkassen) und Leistungserbringern vorgeschlagen.

Widerstand (vgl. die Kontroversen in: Deutscher Bundestag 1988/1990) gegen derartige Überlegungen kommt unter anderem 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 vorgeschlagen; Ambulatorien, Polikliniken) sehen. Zudem wäre diese Versorgungsform kaum mit der im Zweifel Behandlungsfälle und Verrichtungen maximierenden Einzelleistungsvergütung vereinbar (vgl. Tabelle 3).

Steuerungsziele

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, medizinischen ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung mit wirksamen, sicheren und preisgünstigen Arzneimitteln durch dafür hinreichend qualifizierte Ärzte und Apotheker.

Tabelle 3. Zusammenhang zwischen Vergütungsform und ärztlichem Handeln (Schema)

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

Quelle: Tiemeyer, Th.: Gesundheitspolitik, in: Handwörterbuch der Wirtschaftswissenschaft, Stuttgart, New York u. a. 1981, S. 576ff., hier: Seite 585

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 (BGA). Es gibt keine ausreichende Qualitätsprüfung der Verordnungen, und es gibt eine wachsende Arzneimittelabhängigkeit (Sucht).

Die Steuerungsversuche der liberal-konservativen Regierung konzentrieren sich bei grundsätzlichem Vertrauen in den Marktmechanismus auch für Arzneimittel auf die Eindämmung der Kostenexpansion. Auf der Nachfrageseite wird durch zunehmende finanzielle Zugangsbarrieren (Selbstbeteiligung) zu steuern gesucht. Der zentrale Steuerungsversuch in bezug auf die Angebotsseite, die Festbetragsregelung des SGB V,

wird teils in der Umsetzung blockiert (Definitionsstreit bei Arzneimitteln der Gruppen 2 und 3, vgl. Deutscher Bundestag 1990), teils durch Preisgestaltung bei Arzneimitteln ohne Festbetragsregelung ökonomisch erfolgreich unterlaufen.

Als Steuerungsansatz für Quantität, Qualität und Preise der Arzneimittelversorgung wird von reformorientierten Kräften die Schaffung eines herstellerunabhängigen Arzneimittelinstituts aus Vertretern der Medizin, der Pharmakologie und der Krankenkassen vorgeschlagen. Das Institut hätte auf Basis von Sicherheits-, Wirksamkeitsprüfungen, durch Prüfungen des therapeutischen Fortschritts und unter Berücksichtigung von Preisvergleichen Positiv-/Negativlisten zu erstellen, die die Zulassung zur kassenärztlichen Verordnung regulieren. Nach internationalen Vorbildern bestünden weitere Aufgaben in der Beobachtung von Wirkungen und Nebenwirkungen (drug monitoring, post market surveillance), in der Organisation der Verordnungsberatung und Weiterbildung der Ärzte sowie in informationeller Koordinierung und Anregung für Forschung und Innovation. Da in dieser prinzipiell marktkompatiblen Regulierung die Vetoposition des freien Marktzutritts für Produkte der pharmazeutischen Industrie tangiert werden kann und sich die Kassenärzteschaft potentiell in ihrer Vetoposition der ‚Therapiefreiheit‘ eingeschränkt sehen könnte, sind die Realisierungschancen dieses Projekts derzeit nicht hoch.

Steuerungsprobleme der Krankenversicherung

Die Aufgaben des berufsständischen Gliederungsprinzips der GKV ohne einen gesteuerten Neuzuschnitt von Kompetenzen und Institutionen gefährdet die gesundheits- und ordnungspolitische Substanz des Modells.

Die fragmentierte Struktur der Krankenkassen hat zu ihrer dauernden Unterlegenheit gegenüber den Vertragspartnern geführt. Aufgrund unterschiedlicher Risiko- und Angebotsstrukturen variieren die

Beiträge zwischen 8% und 16%. Die berufsständische Gliederung führt zu obsoleten sozialrechtlichen Unterschieden z. B. zwischen Arbeitern und Angestellten. Der Einfluß der Kassen als Sachwalter des Solidarprinzips reicht nicht aus, die staatliche Förderung des beständigen Abflusses vor allem ‚guter Risiken‘ in die private Krankenversicherung sowie die zunehmende Beschränkung des Zugangs in die GKV zu verhindern. Auf der für Gesundheitsförderung sowie für Gesundheits- und Versorgungsplanung entscheidenden regionalen bzw. lokalen Ebene verhindert die Zersplitterung bislang adäquat handlungsfähige Organisations- und Handlungsformen der Kassen. Die Notwendigkeit von Veränderungen des Zugangs, der Koordination, der Institutionalisierung und des Risikoausgleichs ist deshalb politisch unbestritten.

Die zahlreichen, seit Jahren diskutierten Reformvorschläge haben gemeinsam, daß die Kassen in ihnen Eigenschaften und Verhaltensrepertoires von miteinander konkurrierenden Wirtschaftssubjekten annehmen sollen. Die Vorschläge variieren vor allem im Hinblick auf die Ausgestaltung der Beseitigung bzw. Senkung von Zugangsbarrieren (Wahlfreiheit), der Regelungen über die flächendeckende Gewährleistung des Krankenversicherungsschutzes (Kontrahierungszwang) und die gerechte Verteilung finanzieller Vor- und Nachteile zwischen den Kassen (Risikoausgleich).

Einige kritische Implikationen dieser weit hin geteilten Grundentscheidungen für marktanaloge Konkurrenzverhältnisse zwischen den Kassen werden häufig übersehen: Solange für die Beitragsgestaltung das Solidarprinzip, für die Mitgliedschaft der Kontrahierungszwang und für die Versorgungsleistungen ein einheitlicher Katalog gelten, kann sich Wettbewerb nur auf die Aktionsparameter Service, Werbung und Gesundheitsförderung beziehen. Diese Konstellation führt unter anderem dazu, daß bei der Gestaltung von Gesundheitsförderung Gesichtspunkte ihrer werblichen Verwertbarkeit häufig höher gewichtet werden als solche der gesundheitlichen Wirksamkeit.

Da diese Parameter als ‚raison d'être‘ für konkurrierende Unternehmen kaum ausreichen, entsteht bei Aufrechterhaltung dieses Leitbilds ein dauernder Druck und Sog, den Wettbewerb auch auf die anderen Felder zu tragen. In der Perspektive konkurrieren dann Krankenversicherungen mit unterschiedlichen Tarifen und unterschiedlichen Leistungskatalogen um mehr oder weniger gute Risiken. Solche Entwicklungen führen, wie gegenwärtig z. B. in den USA beobachtet werden kann, zur Vergrößerung der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod, und sind sozialpolitisch außerdem kaum reversibel. In den USA hat sich auch gezeigt, daß Menge und Kosten der Bürokratie mit wachsender Privatisierung dieses Sektors überproportional zunehmen und daß der Versicherungswettbewerb die Krankenversorgung weder verbilligt noch verbessert.

Regionale Einheitsversicherungen als diese Gefahren vermeidende und überdies Versorgungsintegration und lokale Gesundheitsförderung begünstigende Steuerungszentren kollidieren dagegen mit der Vetoposition der ‚Existenzgarantie‘ der Kassen und verändern die Gewichtsverteilung zwischen Kassen und Leistungsanbietern zuungunsten der letzteren. Das Modell ist deshalb politisch dethematisiert.

Diese Beispiele sowie die Erfahrungen aus den faktisch gescheiterten Versuchen einer Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung, der erfolgreichen Beschneidung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zugunsten der kassenärztlichen Versorgung, der Schwierigkeiten einer sachgerechten Organisation von Zugangs- und Qualitätskontrolle (vertrauensärztlicher Dienst bzw. medizinischer Dienst) etc. verweisen auf die hohe Resistenz des Krankenversorgungssystems und der GKV auch gegenüber sozialmedizinisch gut begründeten Reformvorhaben (vgl. Rosewitz & Weber 1990).

Vetopositionen können im gegenwärtigen Regulierungstyp nur unter starkem öffentlichen Druck und oft nur im Wege von Tauschgeschäften (z. B. kurzfristige Einkommensminderung gegen zusätzliche Tä-

tigkeitsfelder etc.) geringfügig 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) übereinstimmen, während Elemente aus der ursprünglich von der Arbeiterbewegung entwickelten und eingebrachten ‚Sozialidee‘ allenfalls programmatisch präsent sind (z. B. Schmidt, A., Jahn, E., Scharf, B. 1987/88; vgl. auch die Kontroversen in: Deutscher Bundestag 1988/1990).

Hoffnungen, daß die strukturkonservierenden Vetopositionen im Rahmen der gegebenen Regulierung in der langen Frist überformt, und ihre gesundheitlich kontraproduktiven Wirkungen auf diese Weise neutralisiert werden, können kaum auf erfolgreiche historische Beispiele verweisen. Jedoch zeigen andererseits 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‘ zu liegen. Innovative Impulse können nicht nur aus Wechseln der Programmstruktur infolge veränderter Regierungszusammensetzungen, sondern auch aus der Veränderung einiger Kontextvariablen resultieren: In der Bevölkerung nehmen kritische Einstellungen gegenüber der Problemselektivität, der Versorgungsqualität und der Finanzierung der Krankenversorgung nach wie vor zu. Gesundheitsbezogene Themen (aus Prävention und Krankenversorgung) finden sich auf der Agenda sämtlicher alter und neuer sozialer Bewegungen auf vorderen Plätzen und tragen zum großen Teil zur Mobilisierungskraft dieser Bewegungen bei.

Unter den Ärzten vollzieht sich seit dem eher kurzfristigen Auftreten einer eigen-

ständigen Gesundheitsbewegung in den achtziger Jahren ein tiefgreifender sozialmedizinisch orientierter Wandel des Selbstverständnisses, der (z. B. in Ärztekammerwahlen) zum Teil bereits mehrheitsfähig geworden ist. Die Entwicklung interdisziplinärer Gesundheitswissenschaften (Public Health) professionalisiert sich. Ähnliches gilt für die Gesundheitsadministration der Kassen und des Staates, in der zunehmend gesundheitswissenschaftlich qualifizierte Professionals in Entscheidungspositionen aufrücken. Schließlich wird die Herausbildung eines europäischen Markt- und Sozialsystems die Handlungsbedingungen der GKV und der Leistungserbringer in der Krankenversorgung tiefgreifend verändern.

4. Gesundheit als Gegenstand von Politik

Noch weniger als andere Politiken ist Gesundheitspolitik durch staatliche Ressortierung, einheitliche Handlungs- bzw. Regulierungstypen oder Akteure zu beschreiben (vgl. Kap. 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 Risikomanagement, und kann beschrieben werden als das beständige Bemühen, Erkenntnisse aus Sozialepidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitsforschung in Strukturen, Handlungsbedingungen und Anreizsysteme umzusetzen. Gesundheitspolitik findet statt in zahlreichen Konfigurationen aus Themen, Akteuren, Institutionen und Staatsfunktionen. Jede dieser Arenen hat eigene Problemselektivitäten und eröffnet für unterschiedliche Gesundheitsprobleme unterschiedliche Chancen für Themenkarrieren. Das führt unter anderem dazu, daß in verschiedenen Arenen die Gefahren und Ri-

siken sowie die Vor- und Nachteile von Interventionen völlig unterschiedlich perzipiert werden, und auch die Bearbeitung entsprechend differiert (Unterschiede in Risikokommunikation, Risikoabschätzung und Risikomanagement).

Zusammenfassung der Erfordernisse

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; Regulierung und Steuerung) 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 Ausnahmebereiche (Stoffe, Strahlen) –, eine frühere und präzisere Problemwahrnehmung als andere Diagnoseinstrumente. Aktivierung durch Partizipation erbringt wichtige Anhaltspunkte für die Gestaltung von Gesundheitsmaßnahmen, erhöht die Durchsetzungschancen für Gesundheitsprojekte, und scheint darüber hinaus einen unspezifischen Schutz gegenüber Gesundheitsbeanspruchung zu bieten (social support).
2. Gesundheitsrisiken, Erkrankungen, Bewältigungsmöglichkeiten und Lebenserwartungen 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 verstärken sie teilweise.

- Wissenschaftlich und politisch ist unter der Perspektive gesundheitlich positiver Wirksamkeit eine Alternative zu teilgruppenspezifischen Konzepten und Strategien nicht erkennbar.
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. Gesundheitspolitisch geboten wäre eine Schwerpunktbildung auf Strategien spezifischer und unspezifischer Prävention.
 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. 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 das Marktvolumen und 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 gesundheitspolitische Steuerungsaufgabe der Zukunft. Daß dabei Sozialwissenschaften und Medizin auf beiden Feldern eng und gleichberechtigt zusammenarbeiten müssen, scheint evident.
 5. Die politische Regulierung des gesellschaftlichen Umgangs mit Gesundheitsproblemen besteht in unterschiedlichen Mischungsverhältnissen wesentlich aus Gebot (z. B. durch staatliche Norm), Aushandlung (z. B. zwischen Verbänden), Verkauf/Kauf (über den Markt), Expertise (von medizinischen und nicht-medizinischen Disziplinen) und Partizipation (Betroffenenkompetenz). 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. Diese Befunde begründen eine erhebliche Skepsis gegenüber derzeit vorherrschenden Versuchen, den Markt als nahezu ubiquitär geeignete Regulierungsform anzusehen, statt nach problemspezifischen Mischformen zwischen allen verfügbaren Regulierungsformen zu suchen.
 6. Ökonomische und politische Konjunkturen 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 sein Unglück ist. Solche Ideologien und die ihnen zugrundeliegende konservative ‚Sozialidee‘ (Heimann 1929) sind kaum verträglich für Konzepte der kollektiven Artikulation von gesellschaftlich bedingten Gesundheitsproblemen und der politischen Mobilisierung zur Durchsetzung von Veränderungsstrategien, die auf eine Verminderung der sozialen 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 vergrößern kann.

Literatur

- Alber, J. (1992): Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt/M./New York
- Bäcker, G., Bispinck, R., Hofemann, K., Nägele, E. (21989): Sozialpolitik, 2 Bände. Köln
- Deppe, H.-U. (1987): Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar. Frankfurt/M.
- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode (1988): Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drucksache 11/3267. Bonn
- Deutscher Bundestag, 11. Wahlperiode (1990): Endbericht der Enquete-Kommission „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“, BT-Drucksache 11/6380, Bonn; auch erschienen in der Reihe Zur Sache – Themen parlamentarischer Beratung, 3/90, 2 Bände. Bonn
- Elkeles, Th., Niehoff, J.-U., Rosenbrock, R. & Schneider, F., (Hg.) (1991): Prävention und Prophylaxe, Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949 – 1990. Berlin
- Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hg.) (1990): Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, 2 Bände. St. Augustin
- Gäfigen, G. (Hg.) (1988): Neokorporatismus und Gesundheitswesen. Baden-Baden
- Ginzberg, E. (1990): The Medical Triangle. Physicians, Politicians and the Public. Cambridge/London
- Goldbloom, R. B. & Lawrence, R. S. (eds.) (1990): Preventing Disease. Beyond the Rhetoric. New York, Berlin, Heidelberg etc.
- Hauß, F., Naschold, F. & Rosenbrock, R. (Hg.) (1981): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Forschungsbericht 55 des BMAuS. Bonn
- Heimann, E. (1980): Soziale Theorie des Kapitalismus. Tübingen 1929, Neuauflage Frankfurt/M.
- Holland, W. W., Detels, R. & Knox, G. (eds.) (1986): Oxford Textbook of Public Health, 4 Bände. Oxford/New York/Toronto
- Kühn, H. (1980): Politisch-ökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens. Königstein/Ts.
- Levine, S. & Lilienfeld, A. (eds.) (1987): Epidemiology and Health Policy. New York/London
- Maxcy-Rosenau (131991): Public Health and Preventive Medicine. Norwalk
- McKeown, Th. (1982): Die Bedeutung der Medizin – Traum, Trugbild oder Nemesis. Frankfurt/M.
- Milio, N. (1981): Promoting Health through Public Policy. Philadelphia
- Müller, R. & Schuntermann, M. F. (Hg.) (1992): Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt. Köln
- Naschold, F., Karner, W. & Schönböck, W. (Hg.) (21978): Systemanalyse des Gesundheitswesens in Österreich, 2 Bände. Wien
- Naschold, F. (Hg.) (1985): Arbeit und Politik – Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung. Frankfurt/M. New York
- Navarro, V. (1986): Crisis, Health and Medicine. A Social Critique. New York/London
- Riedmüller, B. & Rodenstein, H. (Hg.) (1989): Wie sicher ist die soziale Sicherung? Frankfurt/M.
- Rosenbrock, R. (21987): Aids kann schneller besiegt werden – Gesundheitspolitik am Beispiel einer Infektionskrankheit. Hamburg
- Rosenbrock, R. (1982): Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb. Frankfurt/New York
- Rosewitz, B. & Webber, D. (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt/New York
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1987ff.): Medizinische und ökonomische Orientierung, Jahresgutachten lfd. Baden-Baden
- Salmon, J. W. (ed.) (1990): The Corporate Transformation of Health Care. Emityville
- Schmidt, A., Jahn, E. & Scharf, B. (Hg.) (1987/1988): Der solidarischen Gesundheitssicherung die Zukunft, Bericht der gesundheitspolitischen Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand, 2 Bände. Köln
- Schmidt, M. G. (1988): Sozialpolitik – Historische Entwicklung und internationaler Vergleich. Opladen
- Starr, P. (1982): The Social Transformation of American Medicine. New York
- Tennstedt, F. (1983): Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 – 1914. Köln