

Rainer Müller (2002): Gesundheitspolitik, in: P. Kolip (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung, Weinheim/München, S. 149-172

1. Public Health und Gesundheit

Es gehört zu den Erkenntnissen des Alltags und zu den gesicherten Wissensbeständen der Gesundheitswissenschaften, dass gesundheitlicher Status, Wohlbefinden und langes Leben mit dem sozialen Status bzw. der Qualität des Lebenslaufs eng zusammenhängen. Je höher der soziale Status, desto besser die gesundheitliche Situation und die Chance auf ein langes Leben. Die soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod ist global wie regional und lokal ein soziales Faktum. Mit Blick auf die gesundheitspolitischen Implikationen, sind folgende Fragen relevant: Was sind die Determinanten von Gesundheit und Lebensdauer (Evans, Barer & Marmor, 1994)? Hat das System der Gesundheitssicherung mit der Dominanz der kurativen Biomedizin einen entscheidenden Einfluss auf den Gesundheitsstatus von Gruppen bzw. Angehörigen einer sozialen Schicht oder sind andere Faktoren von größerer Relevanz? Das Zusammenspiel der Determinanten von individueller wie kollektiver Gesundheit ist zwar komplex, erst recht in der Perspektive eines langen Lebens; dennoch ist Public Health gehalten, Erklärungen zu liefern, die sich auch auf die Systemebene beziehen. Schließlich sollen gesundheitspolitische Entscheidungen über Interventionen zu gesundheitsgerechten Arbeits- und Lebensbedingungen plausible rationale Grundlagen haben, um Konsens zwischen den unterschiedlichen Interessen möglich machen zu können. Die Abbildung 1 veranschaulicht die derzeitigen konzeptionellen Vorstellungen von Public Health über den Zusammenhang von Individuen und Gruppen mit ihrer sozialen und physischen Lebensumwelt für Wohlbefinden, Gesundheit und Krankheit.

Gesundheit hängt von den Interaktionen der Individuen in ihrer biologischen und genetischen Ausstattung mit ihrer sozialen und materialen Umwelt ab. Wohlstand und Wohlbefinden sind eng miteinander verbunden. Gesundheitspolitik (Health Policy) umfasst also mehr als die Regulierung des Gesundheitssystems (Health Care System), welches auf Versorgung von Kranken gerichtet ist. Gesundheitspolitik im weiteren Verständnis zielt in vielfältiger Weise und in verschiedenen Sektoren der Gesellschaft wie u.a. Ernährung, Bildung, Wohnen, Arbeit und Verkehr auf die Ausbildung, Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit.

Gesundheit wurde explizit zum Gegenstand der Politik, als gesundheitliche Probleme wie Seuchen, Unfälle oder Arbeitserkrankungen, kollektive Bedeutung erlangten (Labisch, 1992). Gesundheit wurde so zu einer öffentlichen Angelegenheit. Denn Erkrankung und vorzeitiger Tod vieler bedrohte das Gemeinwohl der Gesellschaft und damit die kommunale bzw. staatliche öffentliche Ordnung, da die schlechte gesundheitliche Lage der Unterschichten eng mit der schlechten politischen, ökonomischen und sozialen Lage verbunden und damit Quelle für die Politisierung und das Anwachsen der Arbeiterbewegung war. Auf lokaler wie nationaler Ebene wurde den herrschenden politischen Kreisen und Fabrikanten- und Industriellengruppierungen bewusst, dass Aufrechterhaltung und Steigerung der Arbeitsproduktivität Public-Health-Maßnahmen in den Sektoren Ernährung, Wohnung, Bildung und Erwerbsarbeit erforderte. Diese öffentliche Wahrnehmung vollzog sich in den westeuropäischen Ländern in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Dies ist auch die Zeit, in der in den Auseinandersetzungen mit den Folgen der Industrialisierung wie Verstädterung, Armut, Unterernährung, Seuchen, staatliche Sozialpolitiken ins Leben gerufen wurden.

Das private Interesse an der eigenen Gesundheit und damit an der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit wurde bereits zu dieser Zeit zu einem öffentlichen Gesamtinteresse. Gesundheit wurde zu einem allgemeinen Ziel und Wert politischer Gemeinwesen und musste als öffentliches Gut über staatliche Regulierungen gegen private Partikularinteressen wie z.B. ungerechtfertigte intensive Übernutzung von Arbeitskraft, durchgesetzt werden (Arbeitsschutz). Öffentliche Gesundheit steht in keinem Gegensatz zur privaten Gesundheit. Dem Gesundheitsbegriff ist in beiden Ausprägungen eigen, dass er die Welt der Natur (Biologie) mit der Welt der Gesellschaft verbindet und soziales Handeln sowohl von Personen in privater Sphäre als auch von gesellschaftlichen bzw. politischen Gruppierungen und Institutionen im öffentlichen Raum bestimmt. Gesundheit wurde zu einem Begriff, der das Verhältnis des Menschen zur Natur (Außenwelt), zu seinen Mitmenschen in Gemeinschaft und Gesellschaft (Mitwelt) und zu sich selber (Innenwelt) definiert und zwischen diesen drei Bereichen vermittelt. Gesundheit unterliegt damit immer gesellschaftlichen bzw. politischen Willensbildungs- und Entscheidungsprozessen und wird deshalb immer von Aspekten von Herrschaft und Macht durchdrungen (Labisch & Woelk, 1998).

2. Definition von Gesundheitspolitik (Health Policy)

Gesundheitspolitik kann demnach als institutionelles, prozessuales und inhaltlich auf Entscheidung hin orientiertes Streben nach Macht in den konflikthaften Auseinandersetzungen über das öffentliche Gut Gesundheit definiert werden. Politik ist darauf gerichtet, das soziale, d.h. auf Tun und Lassen Anderer bezogenes Handeln so zu gestalten, dass Herstellung und Verteilung von Gütern – wie Gesundheit – verbindlich nach Normen wie Gerechtigkeit, Gleichheit oder Sicherheit, geregelt sind. Auffassungen über die Prozesse, Inhalte und Formen von Politik sind kulturell unterschiedlich; dies zeigt sich auch in dem jeweiligen Verständnis von Gesundheitspolitik. In Deutschland z.B. wirkt ein Verständnis, welches das Wirken des Staates in den Mittelpunkt stellt und danach fragt, ob die staatlichen Organe und Institutionen in der Lage sind, kollektive Güter, wie Sicherheit oder Gesundheit auf hohem Niveau sicherzustellen. Staatliches Handeln wird danach bemessen, ob einer Sachrationalität und nicht einer Ideologie gefolgt wird und inwiefern bei der Herstellung und Verteilung von Gesundheit in der Bevölkerung der Verfassungsauftrag eines sozialen Bundesstaates (Artikel 20, Absatz 1, Grundgesetz) bzw. eines sozialen Rechtsstaates (Artikel 28, Absatz 1, Grundgesetz) erfüllt wird. Solidarität, Gerechtigkeit und Gleichheit sind für die deutsche Gesundheitspolitik daraus abgeleitete Orientierungsnormen. Im anglo-amerikanischen Sprachraum wird Politik und damit auch die Gesundheitspolitik weniger als staatliche denn gesellschaftliche Anstrengung im Feld von Macht und Interessenskämpfen individueller und kollektiver Akteure angesehen. Auch die Rechtfertigung des politischen Handelns variiert zwischen Kulturen bzw. Gesellschaften. In demokratischen Verfassungsstaaten gelten Vertragstheorien und Volkssouveränität und nicht mehr Gottesgnadentum, um Ordnungs- und Koordinationsprobleme verbindlich zu regeln (Schmidt 1995, 729-731). Im Feudalismus leitete der Fürst seine Macht aus der Gottesherrschaft ab; im Faschismus galt das Führerprinzip; in der Sowjetunion berief sich die Machtelite auf die Arbeiterklasse. In Verfassungsstaaten wird bei der Sicherung der Gesundheit ein Grundkonsens in und zwischen vielfältigen gesellschaftlichen Akteuren und Aktionsfeldern wie Wirtschaft, private Haushalte, Verbände, Parteien bzw. Medien gesucht, der nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden kann. Gesundheitspolitik kann in dieser Sichtweise als die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen und Auseinandersetzungen im Hinblick auf Zielfor-

mulierung, Zielvorgaben und Maßnahmen zum Zwecke der Haltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit, der Linderung individueller und sozialer Folgen von Krankheit sowie zur Gestaltung und Steuerung der damit befassten Institutionen definiert werden (Blanke et al., 1995).

3. Drei Dimensionen der Gesundheitspolitik

Die Politikwissenschaft unterscheidet drei Dimensionen von Politik. Erstens untersucht sie die institutionelle rechtliche Ordnung, d.h. formale Aspekte der Politik (polity), zweitens nimmt sie die normativen, inhaltlichen Dimensionen (policy) und drittens prozessuale Aspekte (politics) von politischen Entscheidungen und Handlungen in den Blick (Schmidt, 1995). Diese drei Dimensionen sollen im Folgenden am Beispiel der Gesundheitspolitik eingehender beleuchtet werden.

3.1 Institutionen der Gesundheitspolitik - Health Polity

Die erste Dimension, die Institution, wird in der Politikwissenschaft weit gefasst. Zunächst werden darunter vor allem die Staatsorgane verstanden und außerdem die zwischen gesellschaftlichen Gruppierungen mit ihren Willensbildungs- und Entscheidungsprozessen vermittelnden (intermediären) Institutionen (z.B. Sozialversicherungen oder Kassenärztliche Vereinigung). Als Institutionen werden ebenfalls angesehen die Rahmenbedingungen und Regulierungsmechanismen gesellschaftlicher, wirtschaftlicher und politischer Handlungsweisen (Governance) und Organisationsnetzwerke (Policy-Netzwerke), in denen über den Prozess der Aushandlung ein Interessens- und Machtausgleich zwischen Institutionen des Staates, von gesellschaftlichen Institutionen und wirtschaftlichen Akteuren stattfindet. Institutionen kommt die Funktion zu, Verlässlichkeit und Erwartungssicherheit zu gewähren und Informationskosten zu senken. Institutionen garantieren Freiheit und schränken sie zugleich ein. Sie ermöglichen Problemlösungen und begrenzen den Handlungsspielraum. Sie können sich zu totalen Institutionen entwickeln und Individuen in ihren Freiheiten und Entwicklungsmöglichkeiten extrem einschränken (z.B. ehemalige psychiatrische Anstalten) oder sogar vernichten (Konzentrationslager). Scheitern Institutionen an ihrem Handlungsauftrag auf der Ebene des Staates oder auch im Bereich der Ökonomie, dann wird von Staats- bzw. Marktversagen gesprochen. Steuerungen und Regulierungen scheitern, so dass Individual- und Gemeinwohl gefährdet sind.

Auf Gesundheitspolitik angewandt, umfasst dies im Rahmen von Health Policy gesetzliche Regelungen mit den darin begründeten Institutionen, wie z.B. kommunale Gesundheitsämter oder Krankenkassen sowie Netzwerke u.a. zum Umwelt-, Arbeits-, Konsumentenschutz oder auch zur technischen Sicherheit. Im Sinne von Health Care Policy geht es um die Regeln und institutionelle Ordnung des Sozialgesetzbuches und hier insbesondere des SGB V „Gesetzliche Krankenversicherung“. Regierungen und Parlamente auf europäischer, nationalstaatlicher, föderaler oder kommunaler Ebene sowie Körperschaften öffentlichen Rechts – z.B. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen sowie Verbände von Ärzten oder Pharmafirmen - stellen die Institutionen dar, welche Willensbildungsprozesse kanalisieren und Entscheidungen herbeiführen.

Dieses Netzwerk von Institutionen zeigt spezifische Steuerungsmuster, nämlich entweder hierarchisch über Staat (Staatsintervention) oder über Kooperation von Staat mit Verbänden (Korporatismus) oder auch durch Verhandlungen zwischen Verbänden bzw. Institutionen. Als direkte Staatsintervention im Gesundheitswesen ist in

Deutschland z.B. der Risikostrukturausgleich und seine Ausgestaltung zwischen den Krankenkassen anzusehen oder die Festlegung des Krankenhausplanes durch die Landesregierung. Eine indirekte-prozedurale Steuerung staatlicher Intervention liegt bei der Delegation der Regelung der Weiterbildung von Ärzten an die Ärztekammern vor. Als typische Beispiele korporatistischer Steuerung gelten die Landes- und Bundesausschüsse, bestehend aus Kassenärztlichen Vereinigungen und Verbänden der Krankenkassen. Sie beschließen über die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien. Zu direkten Verhandlungen kommt es zwischen Leistungsanbietern, wie z.B. Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen und privaten bzw. gesetzlichen Krankenkassen bei Vertragsgestaltung über Leistung und Finanzierung. Dieses komplexe Steuerungsmuster wird als Grund für die Kontinuität der Struktur und für die Schwierigkeiten der Reformierung des Gesundheitswesens über politische Entscheidungen des Parlaments bzw. der Regierung angesehen.

Gesundheitssysteme können im internationalen Vergleich nach ihrer institutionellen Ordnung, d.h. den Strukturen der Akteurnetzwerke der Gesundheitssicherung typisiert werden. Man unterscheidet solche, die über zentralstaatliche Steuerungen und Regulierungen organisiert und über Steuern finanziert werden, wie Großbritannien oder auch Schweden (etatistisch-bürokratischer Typ) von Systemen, die über komplexe Verhandlungsbeziehungen zwischen Staat, Verbänden, Institutionen reguliert werden und ihre Leistungen über Beiträge an öffentliche Versicherungen finanzieren, wie in Deutschland; dieses System wird korporatistisch genannt. Als dritter Typ gelten marktwirtschaftlich regulierte Gesundheitssysteme wie in den USA. Allerdings sind die drei Typen Mischformen (Public-Private-Mix). Dominant sind jeweils staatliche oder privatwirtschaftliche bzw. korporatistische Steuerung. So existiert in den USA für Alte und Arme eine aus Steuern finanzierte, staatlich garantierte Krankenversorgung. In Deutschland leisten etwa 10 % der Bevölkerung ihre Versicherung für den Krankheitsfall gänzlich aus privaten Einkünften an private Versicherungen. Selbst Pflichtversicherte von gesetzlichen Krankenkassen finanzieren medizinisch-ärztliche Leistungen bei z.B. Zuzahlungen teilweise oder bei frei verkäuflichen Arzneimitteln gänzlich aus ihren privaten Haushaltsmitteln.

3.2 Inhalte der Gesundheitspolitik - Health Policy

Die zweite Dimension der Politikwissenschaft bezieht sich auf die normative, inhaltliche Ebene. Hier interessieren Ziele bzw. Ergebnisse, wie z.B. Senkung der Säuglingssterblichkeit oder Sicherung der Versorgung von Unfallopfern oder Verbesserung der Qualität der medizinischen bzw. pflegerischen Behandlung. In diesem Zusammenhang interessieren ebenso Werte wie Gerechtigkeit und Gleichheit im Zugang zu medizinisch-ärztlichen bzw. pflegerischen Leistungen (Policy). Der deutschen Gesundheitspolitik wird vorgehalten, dass sie nicht an Zielen (Health Outcomes) orientiert ist. Unter Health Outcomes werden patientenzentrierte gesundheitsbezogene Ergebnisse verstanden. Neben Mortalität und Morbidität werden dazu ebenso Parameter wie Lebensqualität und Patientenzufriedenheit und selbstverständlich Ergebnisse medizinisch-ärztlicher und pflegerischer Diagnostik und Therapie gezählt. Die inhaltliche Gestaltung von (Gesundheits-) Politik läuft nicht ohne konflikthafte Auseinandersetzungen ab, da materielle und ideelle Interessen von Personen und Gruppierungen vielfältig sind und grundsätzlich Knappheit an Ressourcen wie Geld und Zeit besteht. Ein solcher Konflikt besteht in der allgemeinen Gesundheitspolitik (Health Policy) zum Beispiel darin, ob Landwirtschaft, also die Nahrungsmittelproduktion, von einer industriellen zu einer ökologisch, d.h. nachhaltigen Pro-

duktionsweise, umgestellt werden oder dem Schienen gebundenen Verkehr gegenüber dem Straßenverkehr höhere Priorität gegeben werden soll.

In der Gesundheitspolitik im engeren Sinne (Health Care Policy) liegt strukturell ein Konflikt vor im Verhältnis der drei im SGB V festgelegten Ziele Versorgung der Versicherten, Wirtschaftlichkeit und angemessene Vergütung der Leistungserbringer. Die Ziele in diesem „magischen Dreieck“ werden nicht als gleichrangig angesehen, sondern als höchstes Ziel gilt die Versorgung der Versicherten nach dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes. Die Versorgung der Versicherten hat zu sein: bedarfsgerecht, gleichmäßig, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse entsprechend, ausreichend, zweckmäßig, wirksam und human. Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung hat den Kriterien Begrenzung auf das Notwendige und Beitragssatzstabilität zu folgen. Gegenüber dem Versorgungsauftrag ist das Ziel Wirtschaftlichkeit nachrangig und dem nachfolgend der Grundsatz der angemessenen Vergütung. Ob nun das Gesundheitssystem in dieser Hierarchie der Ziele den Kriterien von Effektivität, also Wirksamkeit der Versorgungsleistungen (z.B. gemessen in Lebensverlängerung) und der Effizienz (also in ökonomischer Perspektive) einem angemessenen Verhältnis von Aufwand und Ertrag nachkommt und dabei die Leistungserbringer angemessen vergütet werden, dazu gibt es weder einen auf der Basis empirischer Forschung gesicherten Konsens in der Wissenschaft, noch sind sich die verschiedenen Akteure im Gesundheitssystem und die Repräsentanten politischer Gruppierungen und Parteien hierüber einig.

In der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung wird dieser Konflikt zwischen den genannten drei Zielen unter den Stichworten Rationalisierung, Rationierung und Prioritätensetzung debattiert. Bei Rationalisierung werden Maßnahmen zur Verbesserung von Produktionsabläufen oder Organisationsstrukturen (Effizienzsteigerung) ergriffen, um die Ziele des Unternehmens (z.B. Krankenhaus) bzw. der Organisation (z.B. vertragsärztliche Versorgung) wirtschaftlicher zu erreichen. Wirtschaftlichkeit meint das Verhältnis von Zielerreichungsgrad und Mitteleinsatz. Entweder wird bei gleichem Aufwand von Ressourcen (Geld, Personal und Zeit) der Ertrag gesteigert oder ein gleicher Ertrag wird durch Verminderung der Ressourcen erreicht.

Bei der Definition des Begriffs *Rationalisierung* muss zwischen betriebswirtschaftlicher und volkswirtschaftlicher Betrachtungsweise unterschieden werden. Die Betriebswirtschaft strebt durch Optimierung des Verhältnisses von Aufwand und Ertrag eine Nutzenmaximierung an und will dadurch die Wirtschaftlichkeit und Produktivität des Betriebes erhöhen. Bei der volkswirtschaftlichen Betrachtungsweise liegen Rationalisierungspotentiale im Gesundheitssystem vor, wenn auf medizinische oder andere Leistungen generell oder indikationsspezifisch verzichtet wird, weil sie keine Wirksamkeit besitzen, sie eine geringere Wirksamkeit als alternative Maßnahmen aufweisen, die gleich hohe Kosten verursachen oder weil sie kostengünstigere Alternativen nicht an Wirksamkeit übertreffen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1995). Letztere Betrachtungsweise lässt außer Acht, dass die Leistungen entgegen volkswirtschaftlicher Vernunft betriebswirtschaftlich trotzdem effizient produziert werden können. So kann der leichtfertige, zweifelhaft indizierte Einsatz einer Kernspintomografie bei Kopfschmerz oder das Unterlassen einer medizinisch indizierten chirurgischen Operation oder das Nichtverschreiben eines notwendigen Medikamentes wegen Überschreiten der Budgetierung für das Krankenhaus bzw. die Arztpraxis betriebswirtschaftlich effektiv, wegen der entstehenden Folgekosten für die Krankenkasse jedoch volkswirtschaftlich unsinnig sein.

Die *Prioritätensetzung*, also die Festlegung der Ziele und der Höhe der Zielerreichungsgrade wie auch die Höhe der investierten Ressourcen und ihre Allokation, z.B. eher in die hausärztliche Basisversorgung statt in die fachärztliche Spezialisierung, unterliegt politischen Entscheidungsprozessen. In den Niederlanden haben Versicherte nur über den Hausarzt Zugang zu fachärztlichen Leistungen, während in der Bundesrepublik Versicherte direkt Fachärzte aufsuchen können. Die Gatekeeper-Funktion der Hausärzte führt zu deutlich niedrigeren Inanspruchnahmeraten von Spezialärzten und damit zu einer geringeren Ausgabe für die Krankenversorgung.

Für die gesundheitspolitischen Reformansätze in Deutschland lässt sich feststellen, dass sie bisher weniger auf Ergebnisverbesserung bzw. Nutzensteigerung, sondern fast ausschließlich auf Kostenstabilisierung bzw. -minimierung durch Deckelung (Budgetierung) und Bindung der Gesamtkosten an die Grundlohnsumme (Beitragsatzstabilität) ausgerichtet waren und sind.

Unter *Rationierung* wird im Gesundheitssystem die Verweigerung von medizinischen und pflegerischen Leistungen verstanden, die einen unbestrittenen Nutzen haben bzw. die Erschwerung des Zugangs zu solchen Leistungen mit dem Ziel, Leistungsvolumen oder Leistungsangebote und damit die Kosten zu begrenzen. Unterschieden wird zwischen harter und weicher Rationierung. Im ersteren Fall ist die Menge der zur Verfügung stehenden Ressourcen begrenzt und nicht ausdehnbar. Bei der weichen Rationierung muss zwar mit einem bestimmten Maß an Ressourcen ausgekommen werden, jedoch sind sie durch politische Interventionen veränderbar. Scharfe Rationierung meint, dass Patienten von gewissen Leistungen ganz ausgeschlossen werden (z.B. wegen hohen Alters), während bei schwacher Rationierung lediglich der Zugang zu Leistungen erschwert wird (z.B. über Wartezeiten oder ökonomische Barrieren wie z.B. Zuzahlungen). Außerdem wird zwischen Personen orientierter oder Ressourcen orientierter Rationierung unterschieden. Bei der Personen orientierten Rationierung werden bestimmte Personengruppen explizit diskriminiert (wie z.B. Alte oder auch bestimmte Risikogruppen). Ist die Rationierung Ressourcen orientiert, dann besteht der Anspruch, dass die knappen Ressourcen fair auf alle Bevölkerungsgruppen verteilt werden sollen. Allerdings ist der ethische Konflikt auf die Diskussion verlagert, nach welchen Kriterien die Allokation vorgenommen werden soll. Die Unterscheidung zwischen expliziter und impliziter Rationierung soll zum Ausdruck bringen, dass nicht in jedem Falle eine öffentliche Auseinandersetzung zu den Entscheidungen stattgefunden hat. Bei der impliziten Rationierung wird den medizinisch-ärztlichen Dienstleistern die Entscheidung überlassen, wobei die Kriterien nicht immer transparent sind (Güntert, 1999).

Im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Debatte steht die Auseinandersetzung um die Finanzierung des Krankenversorgungssystems. Die Regierungspolitik setzt auf das Ziel Beitragssatzstabilität. Seit Beginn der Kostendämpfungspolitik wurden stabile Beitragssätze für die Gesetzliche Krankenversicherung als das zentrale Ziel der Gesundheitspolitik definiert. Bereits Ende der 70er Jahre galt dies für die „einnahmeorientierte Ausgabenpolitik“. Im Gesundheitsreformgesetz von 1988 wurde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität formuliert und im Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 dem Globalbudget ein sektorales Budget hinzugefügt. Auch in den folgenden Gesetzen, so dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz und dem GKV-Reformgesetz aus dem Jahre 2000, wurde daran festgehalten. Um die Budgetierung gibt es eine heftige Auseinandersetzung; so begrüßen dies die Spitzenverbände der Gesetzli-

chen Krankenversicherung, während vor allem die öffentlich-rechtlichen Vereinigungen der KassenärztInnen, die Kammern der ÄrztInnen, ZahnärztInnen, ApothekerInnen wie auch die Verbände von ÄrztInnen und Pflegeberufen dagegen heftig polemisieren und über die Medien die öffentliche Meinungsführerschaft zu erringen suchen. Von den RepräsentantInnen der Leistungserbringer wird behauptet, dass die Qualität der medizinischen Versorgung aufs Spiel gesetzt werde und für Patienten und Patientinnen eine spürbare Rationierung der Gesundheitsleistungen anstünde. Ebenso richtet sich der Widerstand dieser Gruppierungen gegen den Machtzuwachs der Krankenkassen. Pharmazeutische Industrie und Apotheken wenden sich gegen Budgetierung und vor allem gegen die Arzneimittelbudgetierung sowie eine Positivliste, also eine Auflistung von Arzneimitteln mit einem mehr als geringfügigen Nutzen. Von Gewerkschaften wird gegen die Budgetierung mit dem Argument politisiert, dass dies zu weiterem Stellenabbau im Gesundheitssektor führen würde (Deppe, 2000).

3.3 Prozesse der Gesundheitspolitik - Health Politics

Die dritte Dimension in der Politikwissenschaft stellt auf Abläufe oder Prozesse bei der Vermittlung von Interessen über Konflikte und Konsens ab (Politics). Bei der Analyse der politischen Prozesse sind sowohl die formalen Regelungs- und Steuerungsprozesse, die per Gesetz und vertraglicher Vereinbarung durch Verbände (z.B. zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten über Leistungen und Entgelt) zustande kommen, als auch die informellen Formen der Machtentwicklung und – durchsetzung z.B. über Medien oder Lobbypolitik zu betrachten. Ein gesundheitsrelevantes Beispiel für letzteren Typ ist der Umgang mit dem Werbeverbot für Tabakprodukte oder die Beibehaltung von alten bzw. die Diffusion von neuen, auf Effektivität und Effizienz nicht geprüften diagnostischen oder therapeutischen Verfahren in der kurativen Medizin. Wie wirksam Lobbypolitik ist, lässt sich eindrucksvoll am Beispiel des Arzneimittelmarktes demonstrieren. Von den rund 45.000 verfügbaren Arzneimitteln sind derzeit nur 24.800 nach dem gültigen Arzneimittelgesetz (AMG '76) zugelassen, obwohl die Übergangsfrist für die Vermarktung nicht endgültig zugelassener Mittel bereits 1990 auslaufen sollte. Es entfallen immer noch rund 23 % aller Verordnungen auf Mittel mit ungewissem Nutzen für die Behandlung (Schwabe, Paffrath 2001).

Für die formalen Politikprozesse bei der Steuerung und Regelung der Maßnahmen zur Sicherung der öffentlichen bzw. individuellen Gesundheit sind demokratische, parlamentarische Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse zwischen Verbänden, Interessensgruppen und Parteien entscheidend. Doch die nationalstaatliche Ebene verliert gegenüber internationalen, insbesondere europäischen Abkommen, Vereinbarungen und Regelungen über Freizügigkeit von Waren, Dienstleistungen, Kapital und Personen an Bedeutung. Hier sind z.B. Verträge über den Umwelt- und Verbraucherschutz bzw. technische Sicherheit oder z.B. über Impfpflicht im internationalen Personenverkehr wie auch zur Regelung von Kinderarbeit zu nennen.

Im Rahmen der Europäischen Union hat die Rechtsetzungskompetenz z.B. auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes dazu geführt, dass die betriebliche Gesundheitspolitik einen starken Impuls zur Prävention und Gesundheitsförderung erhalten hat. Trotz Widerstand von Unternehmensverbänden und von mit ihnen verbundenen Parteien musste mit mehrjähriger Verzögerung 1996 der Bundestag die EU-Rahmenrichtlinien in deutsches Recht umsetzen.

Der Europäische Gerichtshof (EuGH) und deutsche Gerichte haben Entscheidungen getroffen, die sich an den Grundsätzen des freien Kapital-, Waren- und Dienstleis-

tungsverkehrs orientieren und sich auf die zentralen Steuerungsinstrumente der Krankenversicherung (Sachleistungsprinzip, Kollektivverträge, Solidarversicherung) und damit auf die Erbringung, Inanspruchnahme und Finanzierung von medizinisch-ärztlichen bzw. pflegerischen Leistungen auswirken werden.

Als Reaktion auf die Kohll/Decker-Urteile des EuGH vom 28.04.1998 liegen eine Reihe von gesundheitspolitischen Stellungnahmen der Regierung, von Parteien und von Interessensverbänden vor (von Maydel, 1999). In den Stellungnahmen wird gefragt, ob die wirtschaftlichen Grundfreiheiten des EG-Vertrages auf die nationalen Systeme der sozialen Sicherheit uneingeschränkt anwendbar seien bzw. ob das europäische Wettbewerbs- und Kartellrecht auf die Gesetzliche Krankenkasse und ihre Verbände zu beziehen sei. Die Stellungnahmen setzen sich u.a. damit auseinander, ob Krankenkassen Unternehmen im Sinne des Europäischen Wettbewerbsrechts sind bzw. ob der Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen ein verbotenes Kartell darstellt.

Diese Diskussionen sind ebenfalls durch Urteile deutscher Zivilgerichte angestoßen, die sich mit der Festsetzung von Arzneimittel-Festbeträgen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen bzw. von Arzneimittel-Richtlinien durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen vor dem Hintergrund des funktionalen Unternehmensbegriffs des Europäischen Wettbewerbsrechts auseinander zu setzen hatten.

Die europäische Integration sah keine Politik der Harmonisierung der Gesundheitssysteme (Health Care Systems) in den Ländern vor. Im Vertrag von Amsterdam (1. Mai 1999) wurde jedoch vereinbart, dass die Mitgliedsstaaten untereinander ihre Politiken und Programme koordinieren und die EU die Politik der Mitgliedsstaaten ergänzen soll. Durch politische Entscheidungen hinsichtlich z.B. Binnenmarkt, Technologie, Landwirtschaft, Ernährung, Umwelt und Energie, Verkehr, internationale Beziehungen und Forschung wirkt die Europäische Union vielfältig auf Gesundheitspolitik im allgemeinen Verständnis (Health Policy). Von der Europäischen Union wurden zwei für die Gesundheitspolitik wichtige Einrichtungen geschaffen, nämlich die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in Dublin und die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz in Bilbao.

4. Gesundheitssystem (Health Care System)

Die Politikwissenschaft operiert vielfältig mit dem System-Begriff und bezieht sich dabei auf verschiedene Theorien (Münch, 1995). Als Systeme werden Gebilde verstanden, deren Elemente in bestimmter, von der Umwelt unterscheidbarer Weise miteinander verbunden und auf kreative Selbsterhaltung der internen Strukturen bezogen sind. Systeme sind charakterisiert durch Integration und Interdependenz der Elemente nach Funktion (Aufgabe, Leistung), Struktur (Gliederung, Anordnung) und Prozess (regelhafte, zeitlich strukturierte Interaktion).

Für Gesundheitssysteme existiert keine einheitliche Definition. Allgemein wird der Begriff verwandt, um die Institutionen und Verhaltensregeln sowie Interaktionen zwischen den Institutionen und Akteuren zu benennen, die für die Identifikation von Gesundheitsrisiken und für Krankheit sowie die Vermeidung bzw. Bewältigung von Krankheiten mit ihren jeweiligen Wirkungen maßgeblich sind. Anschauungen über Ursache, Entstehung und Ausprägung von Krankheit, also ihre Klassifikation sowie

darauf bezogene Handlungen von Prävention, Kuration und Rehabilitation bestimmen inhaltlich das System. Die Medizin mit ihren Wissensbeständen und Handlungsmustern nimmt eine zentrale Stellung ein. Ärzten kommt als Profession, vom Staat rechtlich sanktioniert, eine dominante Position unter (partieller) Verdrängung anderer Heilberufe zu. Mit dem öffentlichen (Sozial-)Recht (Sozialgesetzbuch) ist ein spezifisches, auf den Umgang mit Krankheit gerichtetes Gesundheitssystem in Deutschland entstanden (Stillfried, 1996).

Eine am Public-Health-Verständnis orientierte Definition des Gesundheitssystems (Health System) bezieht auch Bereiche wie Arbeitsleben und persönlichen Lebensstil sowie soziale Netze, d.h. Familie oder Selbsthilfegruppen, in den Personal geprägten Dienstleistungsbereich „Gesundheitswesen“ ein. Die Abbildung 2 zeigt ein Makromodell des Gesundheitssystems, welches für vergleichende politikwissenschaftliche Analysen von verschiedenen Gesundheitssystemen auf nationaler oder regionaler Analyse benutzt werden kann (Ellencweig, 1992 im Literaturverzeichnis: Ellencweig). Kern des Modells ist die Aussage, dass Outcomes (Ergebnisse, Nutzen) durch einen kontrollierten Prozess des Mitteleinsatzes, wie Geld, Personal und Zeit (Inputs), produziert werden. Inputs werden durch den sozio-ökonomischen Stand der Gesellschaft mit den direkten sachlichen, personellen und finanziellen Ausstattungen bestimmt. Indirekt wirken auf den Mitteleinsatz politische Orientierungen, administrative Routinen und Verhaltensweisen des Gesundheitssystems sowie kulturelle oder auch religiöse Charakteristika. In den Politikwissenschaften wird bei der Analyse von Sozialpolitik und Gesundheitspolitik und damit von Gesundheitssystemen davon gesprochen, dass für die jeweiligen Länder eine gewisse Pfadabhängigkeit besteht; also die heutige Struktur dadurch geprägt ist, welcher Pfad bei der Etablierung der sozialen Sicherung einschließlich der Gesundheitssicherung gewählt wurde. Es bestand die Wahl zwischen Sicherung über Staat bzw. über Markt und einem Mittelweg zwischen diesen beiden Alternativen. Ein typisches Beispiel für die Pfadabhängigkeit ist die Ausbildung des deutschen Sozialstaates und in darin eingebunden das Gesundheitssystem, dessen Problemlösungen bis in die heutige Zeit durch die Regelungsmuster und institutionellen Organisationsformen der Bismarck'schen Sozialreform geprägt sind. Die Prägung bestand darin, dass die Sozialversicherungen um die Erwerbsarbeit herum organisiert und zur Stabilisierung der Erwerbsfähigkeit eingerichtet wurden. Sachleistungsprinzip, Kollektivverträge und Solidarversicherung waren die gestaltenden Prinzipien und sind es bis heute geblieben. Auch der Finanzierungsmodus, nämlich über Beiträge als Lohnanteile, bestimmt diesen Pfad. Einen anderen Typ der Pfadentwicklung zeigt das britische Gesundheitssystem (National Health Service). Es wird staatlich organisiert und über Steuern finanziert. Zum dritten Typ gehören solche Systeme, die eher marktwirtschaftlich organisiert sind (USA).

Zwischen Input und Outcomes des Gesundheitssystems vermitteln einerseits die gesundheitliche Betreuung bzw. die Prozeduren der Krankenversorgung mit ihren organisationalen Strukturen, andererseits die Verteilung (Allokation) der Mittel bzw. Ressourcen und außerdem die Art und Weise, wie die Mittel genutzt werden. Die individuelle Nachfrage nach Leistungen ist sowohl abhängig von der Krankheitssituation und den subjektiven Befindlichkeiten wie auch von den Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem mit seinen Dienstleistungen. Die Frage ist, ob die Einrichtungen der Krankenversorgung und damit die konkrete Betreuung sich auf die Bedarfe und Nachfrage der Bevölkerung einstellen oder eher die Einrichtungen des Gesundheitssystems, dominiert über Ärzte, über ihre Angebote die Nachfrage induzieren und steuern.

Die organisationale Struktur des Gesundheitssystems (Health Care System) lässt sich klassifizieren nach verschiedenen Organisationstypen, nach dem Grad der Zentralisation, der Art und Weise der Kooperation der professionellen Akteure, nach der Koordinationsleistung der verschiedenen Maßnahmen sowie nach der Angemessenheit der Leistungen und nach Kriterien, welche die Verantwortlichkeiten regeln. Die Outcomes, also die Ergebnisse des Gesundheitssystems, können sowohl auf der individuellen Ebene der Patientinnen und Patienten als auch auf der Ebene von Gruppen (Population) untersucht werden. Die Analyse der Outcomes setzt jedoch voraus, dass Ergebnisse klar definiert werden, wobei es notwendig ist, inhaltliche Definitionen zu finden, die konsensfähig sind zwischen den Akteuren in den Feldern der Gesundheitspolitik, also den medizinisch, ärztlich und pflegerisch Tätigen, zwischen den Krankenkassen und den Politikverantwortlichen. Ebenso ist die Zustimmung von Bürgerinnen und Bürgern bzw. Patientinnen und Patienten wichtig. Denn in demokratischen Gesellschaften bedarf Politik der Anerkennung, also der Legitimation der NutzerInnen. Gesundheit wird als eines der wichtigsten Güter angesehen, deshalb genießt gerechte und gleiche Verfügbarkeit bzw. Zugänglichkeit und hoher Standard der Qualität der Leistungen eine hohe Priorität in der Wertschätzung der Bevölkerung.

Über Ziele bzw. Ergebnisse von gesundheitlicher Sicherung insgesamt bzw. in den verschiedenen Teilbereichen ist ein sozialer Prozess der Verständigung notwendig, wobei die Rangordnung der Ziele (Priorisierung) festzulegen ist. Basis einer solchen Feststellung und Festlegung von Gesundheitszielen ist eine differenzierte Gesundheitsberichterstattung. Sie hat die Aufgabe bzw. Funktion, Probleme wahrzunehmen, Informationen zu liefern, Orientierung zu ermöglichen, Motivation zu schaffen, Koordination unter den Akteuren zu stiften und eine Evaluation des Systems im ganzen wie auch in seinen Teilbereichen möglich zu machen. Ziele bzw. Ergebnisse sind so zu definieren, dass sie einer Operationalisierung zugänglich und für die Praxis tauglich sind. Unter einem Ergebnis versteht man allgemein einen positiven Nutzengewinn. Auf das Gesundheitssystem übertragen, hängt die Definition des Nutzens jeweils vom Standpunkt der verschiedenen Akteure ab. EpidemiologInnen definieren Ergebnis als Grad der Erreichung eines gewünschten Gesundheitsstandes der Bevölkerung oder einer spezifizierten Bevölkerungsgruppe. In der Individualperspektive eines Patienten bzw. einer Patientin ist der Nutzen gleichbedeutend mit einer erfolgreichen individuellen Behandlung, wobei das Behandlungsergebnis selbst oft in den Hintergrund tritt und lediglich die Möglichkeit der Inanspruchnahme als Gewinn angesehen wird. Leistungserbringer wie Ärzte verstehen als Ergebnis das Tätigwerden per se als Leistung und Leistungsergebnis. Die Krankenversicherungen, die in einem Wettbewerb um Versicherte stehen, definieren Ergebnis eher danach, wie sie in der Lage sind, Versicherte an sich zu binden bzw. neue dazu zu gewinnen. Parteipolitik orientiert sich, was Ergebnisse angeht, eher danach, ob sich mit der Politik neue Wählerstimmen gewinnen bzw. alte Wählerinnen und Wähler halten lassen. Es lässt sich also festhalten, dass eine abstrakte allgemeine Definition des Nutzens, die für alle verbindlich ist, nicht so ohne weiteres möglich ist.

Ein wissenschaftlich gestützter Versuch, Nutzen und Kosten verschiedener bzw. alternativer gesundheitsbezogener Maßnahmen miteinander zu vergleichen und die Mittel für solche Maßnahmen zu verwenden, die den meisten Nutzen stiften, stellt das Konzept „QALY-League-Tables“ dar (Wasem, 1999). Unter QALY (Quality-adjusted Life Years) wird ein eindimensionales Outcome-Maß verstanden, um unterschiedliche präventive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen bewerten zu

können (siehe hierzu auch den Beitrag von Hessel, Wasem, Bucher und Greß in diesem Band). QALYs sollen den subjektiven Nutzwert der Maßnahmen für die Individuen angeben und orientieren sich somit nicht an den „objektiven“ klinischen Parametern. Ebenso sollen sie nicht den in Geld gemessenen Nutzen (benefit) ausdrücken. Die beiden zentralen Faktoren zur Bestimmung des Nutzens von Maßnahmen sind in dem Konzept Beeinflussung der Lebensdauer und der Lebensqualität. Die Lebensqualität wird dadurch gemessen, dass die Patienten und Patientinnen ihren Gesundheitszustand aus einer subjektiven Perspektive bewerten sollen. Die Beschreibung des Gesundheitszustandes umfasst sowohl körperliche Funktionen, psychische Befindlichkeiten und Erfahrungen als auch soziale Fähigkeiten und Fertigkeiten. Der Einsatz solcher Konzepte würde die Chance bieten, eine Unterscheidung zwischen nutzbringenden und nutzlosen Maßnahmen vornehmen zu können, denn unbestritten ist, dass im deutschen Gesundheitswesen enorme Summen für Nutzloses und Zweifelhafes wie auch Schädliches ausgegeben werden. Durch den Einsatz würde weiterhin eine öffentliche Diskussion darüber induziert, was kollektiv finanziert werden soll. Allerdings hat das Verfahren auch Grenzen in methodischer Hinsicht, denn die Validität ist zweifelhaft und Messungen und Zuordnungen langfristiger Erträge und Kosten-Nutzwert-Relationen sind unsicher. In normativer Hinsicht bestehen ebenfalls Bedenken, da die Zuteilung von Ressourcen, ausgerichtet an QALYs schematisch wirken würden. In einer pluralen Gesellschaft jedoch gibt es vieldimensionale und unterschiedliche Annahmen über distributive Gerechtigkeit. Allerdings würde die Einführung solcher Verfahren den Diskurs über Allokationsregeln verstärken und die Legitimation der Finanzierung erwiesenermaßen unwirksamer Leistungen den Boden entziehen. Zur Operationalisierung von Gesundheitsergebnissen können neben dem angesprochen interdisziplinären Ansatz des Quality-Adjusted-Life-Years ebenfalls ökonomische Wertungsverfahren, wie Kosten-Nutzen-Analysen, Kostenwirksamkeits-Analysen oder auch Nutzwert-Analysen benutzt werden. Als weiterer Maßstab zur Bewertung von Ergebnissen sind gesellschaftliche Fähigkeiten und Fertigkeiten, also die soziale Kompetenz von Personen ebenfalls von Relevanz. Hierzu zählt Kommunikationsfähigkeit, die Fähigkeit zur Teilhabe, die Möglichkeit der Integration der Person in Erwerbsarbeit, Familie und öffentliches Engagement sowie Vermeidung von Diskriminierung (Neubauer, 1999).

In medizinischer Perspektive kommen Kriterien der diagnostischen, therapeutischen und präventiven Wirksamkeit in Betracht. Hier setzt u.a. das Konzept der Evidenzbasierten Medizin an. Evidenzbasierte Medizin will die auf Erfahrung und Intuition beruhenden klinischen Entscheidungen durch Rückgriff auf externe Evidenz, in Form wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse, ergänzen und absichern. Die Cochrane-Collaboration, ein internationales Netzwerk von Wissenschaftlern, erstellt solche Arbeit, aktualisiert sie und macht sie zugänglich (<http://www.cochrane.de>). Für klinische Leitlinien werden sie ebenfalls herangezogen. Doch nicht nur die Medizin, sondern auch andere Bereiche der Gesundheitspolitik profitieren von systematischen Übersichtsarbeiten. Derartige valide Erhebungen des Wissensstandes sind die Basis für alle Fragen der Bewertung diagnostischer, therapeutischer und prognostischer wie auch präventiver Verfahren, wie sie im Health Technology Assessment angestellt werden.

5. Health Technology Assessment

Unter Health Technology Assessment wird die umfassende und systematische Bewertung von direkten und indirekten Auswirkungen der Anwendung neuer oder bereits auf dem Markt befindlicher medizinischer Technologien in Bezug auf ihre physikalischen, biologischen, medizinischen und ökonomischen sowie rechtlichen, aber auch ihrer sozialen, gesellschaftlichen und ethischen Konsequenzen untersucht. Dieser komplexe Anspruch kann nur über eine interdisziplinäre Arbeit gelingen. Zweck der Evaluation ist es, klare Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu formulieren und diese an Entscheidungsträger sowie an Öffentlichkeit heranzubringen. Es geht also um Politikberatung und um einen Beitrag zur Prioritätensetzung innerhalb des Gesundheitssystems, insbesondere des Krankenversorgungssystems (Perleth, 1997). Technikfolgenabschätzung als Aufgabenstellung parlamentarischer demokratischer Kontrolle begann in den USA 1973. Der amerikanische Kongress richtete das Office of Technology Assessment (OTA) ein. Dieses Institut bediente den Kongress auf Antrag mit politikbezogenen Analysen komplexer technikbezogener Sachverhalte. Für die Bundesrepublik Deutschland ist eine zentrale Stelle mit Koordinations- und Kommunikationsfunktion für Health Technology Assessment-Aktivitäten nicht vorhanden (Büro für Technikfolgen -Abschätzung beim Deutschen Bundestag 1996, 2000; Bitzer et al., 1998). Das Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutschen Bundestag hat sich mit verschiedenen Fragen des Health Technology Assessments auseinandergesetzt, so u.a. mit den Themen „Umwelt und Gesundheit“ (Meyer & Sauter, 1999), „Klonen von Tieren“ (Revermann & Hennen, 2000) sowie „Stand und Perspektiven der genetischen Diagnostik“ (Hennen, Petermann & Sauter, 2000). Das Büro hat bereits 1995 eine Studie zum „Stand der Technikfolgen-Abschätzung in Bereich der Medizintechnik“ erstellen lassen (Janus, 1995, zitiert nach Petermann & Sauter, 1996).

In dieser Untersuchung wurden 815 Projekte bzw. Studien für Technikfolgenabschätzung im Bereich der Medizintechnik für den Zeitraum von 1980 bis 1995 ausgewertet. Die meisten der analysierten Studien befassten sich mit Heilung, knapp ein Drittel mit Problemen der Diagnose. Auf Krankheitsmanagement und „übergreifende Themen und Sonstiges“ entfielen nur 10 % der Publikationen. 5 % der Arbeiten behandelten Fragen des „Systemmanagements“. Nur wenige Studien, obwohl von großem öffentlichen Interesse, setzen sich mit Reproduktionsmedizin, mit minimalinvasiver Chirurgie, mit Intensivmedizin oder neuromedizinischen Themen auseinander. Randständig wurden psychosoziale und ethische Aspekte bearbeitet. Nur wenig Aufmerksamkeit wurde organisatorischen, rechtlichen und politischen Fragen gewidmet. Medizinische bzw. betriebswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Überlegungen sind die überwiegenden Themenstellungen in den Publikationen. Wenig behandelt wurden ebenfalls zentrale Entwicklungstrends, wie demographische Entwicklungen und Fragen der Umweltbelastung als Quelle von Risiken für die Gesundheit der Bevölkerung. Ebenso unterentwickelt sind die Auseinandersetzungen um die strukturellen Trends im Gesundheitswesen, die mit der Computerisierung und Informatisierung verknüpft sind. Die Janus-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass in den Technikfolgen-Abschätzungen ex post orientierte Evaluationen vorrangig sind und sie sehr stark auf technizistische und ökonomische Kriterien ausgerichtet sind. Demokratie orientierte Bilanzierungen, also Fragen der Partizipation und der Organisation von öffentlichen Diskursen werden kaum zum Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen. Dies sei jedoch notwendig, um eine strategische Debatte über die erhofften und erwünschten Zukünfte der Medizin zu organisieren und eben auch mögliche alternative Entwicklungspfade einer „Medizin 2000“ auszuarbeiten.

6. Interventionsformen der Gesundheits- bzw. der Sozialpolitik

Sozialstaatliche Verantwortung zielt auf Inklusion, also auf soziale Integration, auf Teilhabe jeder Person als Mitglied eines gesellschaftlichen Zusammenhangs. Jede Person muß danach Zugang zu allen Funktionskreisen der Gesellschaft erhalten können, so zum Recht, zum Bildungssystem, zur Gesundheitsversorgung. Jeder muss die Möglichkeit haben, eine eigene Familie gründen zu können. Als Beschäftigter oder Unternehmer soll er teilhaben am Wirtschaftsleben (Kaufmann, 2000). Soziale Sicherheit und Gesundheit sind in diesem Verständnis also relevante Aufgaben sozialstaatlicher Politik, sie hat die Reproduktion des Humanvermögens - und des Arbeitsvermögens als Teil davon - zu gewährleisten. Qualifiziertes Human- bzw. Arbeitsvermögen ist die Grundlage jeder entwickelten demokratischen Wirtschaftsgesellschaft. Zum Humanvermögen zählen neben dem dem Arbeitsvermögen, auch Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Elternverantwortung, zum politischen und gemeinnützigen Engagement, zur Betreuung von nahe stehenden Alten und Kranken. Der größte Teil der Reproduktion von Humanvermögen findet in der Familie statt. Für die Ausbildung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Arbeitsvermögens sind Bildungseinrichtungen und konkrete berufliche Tätigkeiten die entscheidenden Orte, d.h. Humankapitalbildung findet im Verhältnis von privaten Haushalten (Familie), Wirtschaft (Markt) und Staat statt.

Soziale Sicherheit und Gesundheit sind in ihrer Begrifflichkeit wie auch in der praktischen Ausgestaltung durchaus aufeinander bezogen. Dies zeigt sich z.B. bei den Schutzmaßnahmen gegenüber Gefahren z.B. der Arbeitswelt oder bei Maßnahmen im Falle von Armut, Krankheit oder Alter. Sozialpolitische Maßnahmen bewirken Sicherheit, wenn die Schutzfunktion zuverlässig erfüllt wird und das subjektive Sicherheitsgefühl des Geschützten erhöht und sein Vertrauen in die schützende Institution gestärkt wird.

Gesundheitspolitische Maßnahmen mit ihren finanziellen Transfers oder medizinisch-ärztlichen bzw. pflegerischen Dienstleistungen (Sachleistungen) kommt als Teil der Sozialpolitik ebenfalls diese Wirkfunktion zu. Solche gesundheits- bzw. sozialpolitischen Interventionen lassen sich in vier typische Formen der Wirkungsweise gliedern:

1. Verbesserung des rechtlichen Status ,
2. Verbesserung der Einkommensverhältnisse ,
3. Verbesserung der materiellen und sozialen Umwelt und
4. Verbesserung der Handlungskompetenz.

Mit diesen vier Dimensionen ist die Lebenslage (Engelhardt, 1991) einer Person charakterisiert und wird die Inklusion, also die gesellschaftliche Teilhabe als funktionales Äquivalent zu früheren elementaren Solidaritäts-Vorstellungen beschrieben (Kaufmann, 1982). Die Lebenslage hängt gerade im Falle von Gesundheitsgefährdung bzw. Krankheit von der Ausstattung mit Recht, Geld und den Kenntnissen und sozialen Kompetenzen der Personen ab, die Leistungsangebote adäquat auszuwählen und zu nutzen. Solche notwendigen Angebote zur Unterstützung und Hilfe in Krisensituation, wie Ärzte, Kliniken bzw. Pflegeeinrichtungen müssen verfügbar und zugänglich sein sowie qualitätsvolle Leistungen erbringen.

Verbesserung des rechtlichen Status

Personen brauchen für ihre Bedürfnisbefriedigung, für ihre Artikulation von Interessen, für ihre gesellschaftliche und kulturelle Orientierung eine Definition und den Schutz spezifischer Rechte gegenüber den Organisationen, von denen sie in ihrer

Existenzsicherung abhängig sind. Als solche sind die Arbeitswelt (Betrieb) sowie das Bildungs- und das Gesundheitssystem anzusehen. PatientInnen ist Autonomie durch Recht auf Information, unabhängige Beratung und Transparenz der Versorgungsstrukturen zu gewährleisten (Francke & Hart, 1999). Rechtliche Interventionsformen sind so zu gestalten, dass ein Rechtsanspruch auf ärztliche, pflegerische und sonstige gesundheitsbezogene Leistung gegeben und einklagbar sind und den als schwächer geltenden Partner in der Rechtsbeziehung (z.B. Arzt-Patient) stärkt. Für das Wirksamwerden rechtlicher Interventionen ist die Entwicklung und Verbreitung von entsprechendem Rechtsbewusstsein eine Vorbedingung. Für die Gesundheitssicherung sind die Regelungen des Sozialgesetzbuches zentral.

Verbesserung der Einkommensverhältnisse

Die Teilhabe an der Gesellschaft setzt die Ausstattung mit ausreichenden Geldmitteln voraus, erst recht dann, wenn Güter und Leistungen über den Markt vermittelt werden. Auch wenn in Deutschland in der GKV noch das Sachleistungsprinzip gilt, werden große Summen über Krankenkassen und direkt aus dem Etat der privaten Haushalte für Güter und gesundheitsbezogene Leistungen aufgebracht, die über den Markt vermittelt werden. Bei den ökonomischen Interventionsformen ist von Interesse, in wie weit das verfügbare Einkommen die Lebenslage sichert bzw. verbessert. Diese Interventionsform hat sich aus der Armenfürsorge und der privaten bzw. genossenschaftlichen Versicherung heraus entwickelt. Geldleistungen werden aus Steuern (Sozialhilfe) oder über Beiträge von Arbeitgebern bzw. Arbeitnehmern der Sozialversicherungen erbracht. Krankenkassen finanzieren medizinisch-ärztlich-pflegerische Sachleistungen und direkte Geldleistungen (Krankengeld).

Verbesserung der materiellen und sozialen Umwelt

Maßnahmen zur Verbesserung der materiellen und sozialen Umwelt von Personen werden auch ökologische Interventionsformen genannt. Dem Einzelnen müssen Angebote spezifischer Leistungen oder Handlungsmöglichkeiten in erreichbarer Umwelt zur Verfügung stehen. Sie stellen die Gelegenheiten, Einrichtungen und Dienste für die Bedarfe des alltäglichen Lebens bereit. Im Falle von Gesundheitssicherung sind dies die verschiedenen Institutionen und Organisationen der Krankenversorgung im ambulanten, stationären, rehabilitativen und im präventiven Sektor, also im wesentlichen die vorne beschriebenen Einrichtungen des Gesundheitssystems (Health Care System) im engeren Sinne. Zeitliche und räumliche Erreichbarkeit sowie Gleichheit und Gerechtigkeit (equality, equity) bei den Zugangschancen sind für die Güte der Teilhabe (Inklusion) entscheidend. Solche Interventionen sind dann erforderlich, wenn bloße marktförmige Steuerung des Leistungsangebots zu Versorgungsdisparitäten führt, jedoch ein öffentliches Interesse an höherer und gleichmäßiger Versorgung besteht.

Verbesserung der Handlungskompetenz

Personen müssen qualifiziert und kompetent sein, um Leistungen des Krankenversorgungssystems für den eigenen Nutzen angemessen in Anspruch nehmen zu können. Das setzt Information, Kenntnisse und soziale Handlungsfähigkeit voraus. Solche Maßnahmen werden auch als pädagogische Interventionsform bezeichnet. Sie sollen die Handlungskompetenz der Individuen stärken bzw. verbessern. Handlungsfähigkeit bedarf der Bildung, der Beratung, der Information und der sozialen Unterstützung, so dass Personen sich im unübersichtlichen Feld der Gesundheitssicherung mit ihren ausdifferenzierten Angebots- und Leistungsmustern und ihren widersprüchlichen Empfehlungen und uneindeutigen Expertisen adäquat bewegen kön-

nen. Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation sind, wenn ihre entsprechenden Maßnahmen erfolgreich sein sollen, auf die Mitwirkungsfähigkeit, also Einsicht und Handlungsfähigkeit der PatientInnen bzw. BürgerInnen angewiesen. Nur in einer aktiven Mitarbeit gelingen in Personen bezogenen Dienstleistungen, also der Therapie und Pflege, die intendierten Ziele. So kann eine berufliche bzw. medizinische Rehabilitation nur erfolgreich sein, wenn die betroffenen Personen für den Erfolg motiviert sind und aktiv an den Maßnahmen mitwirken.

Doch Maßnahmen des sozialen Lernens sind im Gesundheitssektor nicht nur für Patientinnen und Patienten, sondern ebenfalls für das Leistung erbringende Personal und deren Motivation sowie fachliche und soziale Kompetenz erforderlich. Nur über sie gelingt es, organisationale Lernprozesse zur Innovationsentwicklung und Modernisierung, wie auch der Effektivitäts- und Effizienzsteigerung der Institutionen zu ermöglichen.

Mit diesen vier genannten Kategorien zur Beschreibung der Lebenslage lassen sich Interventionsformen der Gesundheitspolitik darauf hin analysieren, ob sie die Situation des Individuums auf optimalem Niveau stabilisieren oder sogar verbessern.

Auf alle vier Typen der gesundheitspolitischen Intervention, erst recht in ihrem Zusammenwirken können nun die Fragen, Methoden und Verfahren der Evaluation zur Feststellung von Effektivität und Effizienz gesundheitsbezogener Dienstleistungen angewandt werden. Allerdings sind die Fragen nach der Wirksamkeit der Leistungen zu ergänzen um die Frage, ob auf der Ebene die Inanspruchnahme selektiv erfolgt, d.h. ob es zu Unter- bzw. Übernutzung bestimmter Leistungen kommt und ob eine Bürgernähe bzw. Patientenorientierung gewährleistet ist.

7. Reformansätze in der Gesundheitspolitik

Wie nun eine stärkere Orientierung am Ergebnis bzw. Nutzen von medizinischen und pflegerischen Leistungen, eine Verbesserung der Position der Bürgerinnen und Bürger bzw. Patientinnen und Patienten im Gesundheitssystem, ein Mehr an Transparenz über Kosten und Qualität der Leistungen bzw. eine Verbesserung der Einnahmeseite zu erreichen ist, welche Maßnahmen ergriffen werden sollten, um unwirksame Methoden, Verfahren, Maßnahmen aus dem System zu eliminieren und wirksame angemessen zu implementieren, um sich also über den Möglichkeitsraum Einblick zu verschaffen, ist es notwendig, sich über verschiedene Ansätze und Strategien von Reformpolitik im Gesundheitswesen zu verständigen. Nach Badura lassen sich für die Bundesrepublik drei unterschiedliche Lager ausmachen. Zur ersten Gruppe gehören die Ärzte und hier die dominierenden klinisch Tätigen. Sie setzen auf die Entwicklung von Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen sowie interne Kontrollmechanismen zur Verbesserung der Qualität und der Rationalisierung der klinischen Verfahrensweisen (z.T. mit Evidenz basierter Medizinkonzeption). Zur zweiten Gruppe rechnet er die Organisationsexperten. Sie setzen auf die Optimierung der Organisationsleistungen, auf mehr Kooperation und Koordination zwischen den Trägern, Einrichtungen und Berufsgruppen, aber vor allem geht es ihnen um die Organisationsentwicklung innerhalb der Einrichtungen. Zur dritten Gruppe zählt er Akteure, die eine konsequente Orientierung am gestifteten Nutzen, also am Ergebnis, Verbesserung der Gesundheit, Verhinderung von Krankheit, gerechte Verteilung der Ressourcen verlangen (Badura 1997). Badura fragt, welche Interessen die drei Akteursgruppen, orientiert an den Ergebnissen, auch in längerfristiger Perspektive haben

(siehe Übersicht 1). Die berufsgruppenbezogene Reformstrategie und hier, wie gesagt, eindeutig geprägt durch die klinisch tätigen Ärzte, hat kein explizites Interesse an den Outcomes (epidemiologisch ermittelte Ergebnisse, Evidenz basierte Medizin) ihres Wirkens, sondern ist darauf fixiert, die Qualität von Diagnostik und Therapie zu erhöhen und dies in der Orientierung an dem wissenschaftlich-technischem Fortschritt. Die Leitbilder für diese Fortschrittsorientierung werden in den Fachgesellschaften entwickelt und über die Ausbildung im Medizinstudium und in der klinischen beruflichen Weiterbildung später dann in der ambulanten Versorgung implementiert. Verbesserung der Qualifikation in hoher Spezialisierung, die Ermöglichung von gründlicher Berufserfahrung und Stärkung der Motivation sind die Ziele bzw. Verfahren dieser Konzeption. Den Patienten kommt nur eine passive Rolle zu. Es geht darum, die patientenbezogenen Prozesse der Handlungsmuster zu optimieren. Die Handlungsmuster sind also wissenschaftlich im Sinne der naturwissenschaftlich-technischen Medizin. Die sozialen interaktiven Prozesse, die subjektiven biographischen Dimensionen bei den Patienten kommen nur implizit als Ressource für die Bewältigung von Krankheit und Leiden vor. Die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen ist expertenzentriert mit dem Arzt in seiner Monopolstellung. Der Grad der Kooperation bemessen an einem arbeitsteiligen, jedoch abgestimmten Prozeß (z.B. therapeutische Gemeinschaft) ist eher gering. In diesem Reformansatz beansprucht die klinische Medizin die Definitionsmacht und die Regulierungs- und Steuerungskompetenz für das Gesundheitswesen. Die Logiken der Medizin, Therapie- und Berufsfreiheit werden als professionelle Rechte reklamiert.

Die organisationsbezogenen Reformansätze stehen in der Tradition der Rationalisierung der industriellen Produktion. Senkung der Produktionskosten und Steigerung der Qualität sind die zentralen Ziele für hohe Produktivität und auch Profitabilität. Konkurrenz und Wettbewerbsfähigkeit auf dem Markt werden als die richtigen externen Regulierungs- und Steuerungsmechanismen angesehen. Die Vertreter dieser Akteursgruppe richten sich nach der ökonomischen Lehre des Neoliberalismus. Die Strategien des Taylorismus mit ihren Orientierungen auf Arbeitsteilung und Spezialisierung bei gleichzeitiger Bemessung von Arbeitszeit und Arbeitsleistung, welche wiederum in Geldgrößen ausgedrückt werden, sind die Konzeptionen. Rationalisierungsstrategien aus der industriellen Sachgüterproduktion werden auf die personenbezogenen Dienstleistungen im Gesundheitswesen übertragen. Eine Modernisierung haben diese organisationsbezogenen Ansätze in gewisser Weise durch Managementkonzeptionen erfahren, die auf eine Kundenorientierung abstellen und die sozialen Ressourcen zur Verbesserung der Qualität und der Arbeitsleistung ausschöpfen wollen. Insbesondere in den Restrukturierungen der Krankenhäuser haben sich diese Managementkonzepte der Betriebswirtschaft mittlerweile etabliert. Vorgaben des Managements zur Senkung der Betriebskosten und zur Erhöhung der Erträge sind die klar definierten Rahmenbedingungen für das Handeln der Ärzte, der Pflegekräfte und der anderen Dienstleistungsberufe im Betrieb Krankenhaus. Im ambulanten Sektor greifen diese Konzepte dort, wo es zu anderen Organisationsmustern der ambulanten Versorgung kommt im Gegensatz zu der klassischen Versorgungseinheit niedergelassener Einzelarzt. Der Patient spielt in diesem Konzept die Rolle eines Kunden, der als Einkäufer von Leistungen sich angeblich marktförmig verhält. Er weiß um die Qualität der medizinisch-ärztlichen Leistungen und sucht sich entsprechend auf dem Angebotsmarkt den richtigen Leistungsanbieter.

Die dritte Reformstrategie, die sich an dem gestifteten Nutzen orientiert, ist in den gesundheitspolitischen Debatten und Reformbemühungen eher schwach ausgebildet

und in der aktuellen Restrukturierung unzulänglich berücksichtigt und politisch nicht organisiert präsent. Ihre Stärke und Legitimität bezieht diese Position aus dem breiten Erfahrungsschatz wissenschaftlich erarbeiteten Wissens der Public-Health-Tradition. Im Mittelpunkt eines längerfristig angelegten Interesses stehen die vorne angesprochenen Ziele einer echten egalitären Gesundheitspolitik. Maßnahmen, Leistungen haben sich danach auszuweisen, ob sie in hoher Qualität Nutzen stiften und eine Wirksamkeit im Sinne der Verbesserung der verschiedenen Indikatoren von Gesundheit bzw. Krankheit zeigen. Effizienzüberlegungen der verschiedenen Ökonomiesichtweisen und Konzeptionen sind einbezogen, allerdings wird die Dominanz einer ausschließlichen Kosten-Nutzen-Kalkulation in einer monetären Bilanzierung in Frage gestellt. Zwar wird der epidemiologischen Evaluation ein hoher Rang in der Überprüfung und Bewertung der Leistungen eingeräumt, jedoch dem Nichtmeßbaren in der Gesundheitssicherung und der Krankheitsbewältigung, also der subjektiven Dimension, den Kommunikationsaspekten im Erkrankungs- und Heilungs- und auch im Sterbeprozess einen hohen Stellenwert zugemessen. Biographische Deutungsmuster, Sinnhorizonte und Interpretationsräume in der personalen Auseinandersetzung mit Tod, Krankheit und Gesundheit werden systematisch in den Prozess einbezogen. Der Patient wird als Mitproduzent bzw. zentraler Akteur angesehen. Das Gesundheitswesen wird nicht auf medizinisch-ärztliche Krankenversorgung reduziert, sondern Prävention bzw. Gesundheitsförderung haben in der Gestaltung von Arbeits- und Lebenswelten eine hohe Relevanz, um eine gesundheitsgerechte, humane und sozialgerechte sowie nachhaltige Entwicklung möglich zu machen. In dem Krankenversorgungsbereich wird auf Kooperation abgestellt, die wiederum an der Behandlungskette orientiert ist. In Netzwerken wird eine optimale Versorgungsstruktur gesehen, die sich der Schnittstellenproblematik sehr bewußt ist. Die Medizin hält gegenüber sozialen, sozialpolitischen, kulturellen Aspekten und Kompetenzen einen relativen Stellenwert.

Literatur

Bitzer, E., Buss, R., Dörning, H., Duda, L., Köbberling, J., Kohlmann, T., Lühmann, D., Pasche, S., Perleth, M., Raspe, H., Reese, E., Richter, K., Röseler, S. & Schwartz, F.W. (1998). Bestandsaufnahme, Bewertung und Vorbereitung der Implementierungen einer Datensammlung „Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien“, in der Bundesrepublik. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft bitte die weiteren AutorInnen aufführen

Blanke, B., Eimeren, V.W., Döhler, M., Rosenbrock, R. & Haase, I. (1995). Gesundheitspolitik. In F.W. Schwartz, B., Badura, B, Blanke, K.-D., Henke, U., Koch, R. & Müller, R. (Hrsg.), Gesundheitssystemforschung in Deutschland (S. 13-23). Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft

Deppe, H.-U. (2000). Zur sozialen Anatomie des Gesundheitssystems. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland (S. 174-176). Frankfurt (Main): 2000 VAS-Verlag für Akademische Schriften

Ellencweig, A.Y. (1998). Health Systems – A Critical Analysis of Existing and Suggested Models. In J.W.Björkman & C. Altenstetter (Eds.). Health Policy (S. 686-712). Cheltenham, UK, Northampton, MA, USA: Elgar Reference Collection

Engelhardt, W.W. (1991). Einleitung in eine "Entwicklungstheorie" der Sozialpolitik und Lebenslage-Analysen als Grundlagen der Sozialpolitik und Sozialpolitiklehre. In: Thiemeyer, T. (Hrsg.): Theoretische Grundlagen der Sozialpolitik II, Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Bd. 205 (S. 9-122). Berlin: Duncker & Humblot

Evans, R.G., Barer, M.L. & Marmor, Th. R. (Eds.) (1994). Why are some people healthy and others not? New York: Aldine de Gruyter

Evans, R.G. & Stoddard, G.L. (1994). Producing health, Consuming Health Care. In Evans, R.G., Barer, M.L. & Marmor, Th. R. (Eds.). Why are some people healthy and others not? (S. 27-64). New York: Aldine de Gruyter

Francke, R. & Hart, D. (1999). Charta der Patientenrechte. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Güntert, B.J. (1999). Rationalisierung, Rationierung und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen? In U. Laaser & A. Schwalbe (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland. Von der Kosten- zur Nutzenorientierung (S. 51-77). Lage: Hans Jacobs Verlag

Hennen, L., Petermann, Th. & Sauter, A. (2000). Stand und Perspektiven der genetischen Diagnostik“, Sachstandsbericht. TAB-Arbeitsbericht Nr. 66: Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag

JANUS (ohne Jahresangabe). Stand der Technikfolgen-Abschätzung im Bereich Medizintechnik im Auftrag des Deutschen Bundestages, bearbeitet von K. Bayertz, R. Paslack, G. Schütte & A. Traude, Bad Oeynhausen

Kaufmann, F.-X. (1982). Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Interventionen. In F.-X. Kaufmann (Hrsg.), Staatliche Sozialpolitik und Familie (S. 49-86), München, Wien: Oldenbourg Verlag

Kaufmann, F.-X. (2000). Der deutsche Sozialstaat als Standortbelastung? Vergleichende Perspektiven. In St. Leibfried & U. Wagschal (Hrsg.), Der deutsche Sozialstaat. Bilanzen – Reformen – Perspektiven (S. 171-198), Frankfurt (Main), New York: Campus Verlag

Labisch, A. (1992). Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt (Main)/New York: Campus Verlag

Labisch, A. & Woelk, W. (1998). Geschichte der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften (S. 49-89). Weinheim, München: Juventa-Verlag

Maydel, von, B. (1999). Auf dem Weg zu einem gemeinsamen Markt für Gesundheitsleistungen in der Europäischen Gemeinschaft. Vierteljahresschrift für Sozialrecht, 1, 3-19.

Meyer, R. & Sauter, A. (1999). TA-Projekt „Umwelt und Gesundheit“ Endbericht, TAB-Arbeitsbericht Nr. 63: Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag

Münch, R. (1995). Systemtheorie und Politik. In D. Nohlen & R.-O. Schultze (Hrsg.), Lexikon der Politik Bd. I (S. 625-635), Politische Theorien. München: Ch.H. Beck Verlag

Neubauer, G. (1999). Wissenschaftliche Grundlagen einer verstärkten Ergebnisorientierung im Gesundheitswesen: Umsetzung und Patientenorientierung. In U. Laaser & A. Schwalbe (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland. Von der Kosten- zur Nutzenorientierung, (S. 93-104). Lage: Verlag Hans Jacobs

Perleth, M. (1997). Mehr „Qualität und Wirtschaftlichkeit“ im Gesundheitswesen durch systematische Evaluation medizinischer Verfahren? Jahrbuch für Kritische Medizin, 28, 141-159

Petermann, Th. & Sauter, A. (1996). Stand der Technikfolgen-Abschätzung im Bereich der Medizintechnik, TA-Monitoring, TAB –Arbeitsbericht Nr. 39, 43

Revermann, Ch. & Hennen, L. (2000). TA-Projekt „Klonen von Tieren“, Endbericht. TAB-Arbeitsbericht Nr. 65: Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag

Schmidt, M.G. (1995). Wörterbuch zur Politik. Stuttgart: Kröner Verlag

Schwabe, U. & Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2000. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag

Stillfried, D. v. (1996). Gesundheitssystem im Wandel: Das Dilemma zwischen Bedarfskonzept und Eigenverantwortung: Medizinische Grundsicherung als Reformperspektive? Bayreuth: Verlag P.C.O.

Wasem, J (1999). QALY-League-Tables – ein Weg zu mehr Ergebnisorientierung im Gesundheitswesen. In U. Laaser & A. Schwalbe (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland. Von der Kosten- zur Nutzenorientierung (S. 105-114). Lage: Verlag Hans Jacobs

Übersicht 1: **Ansätze für Kostentransparenz, Qualität, Nutzen für Patienten**
 Reformstrategien der Gesundheitspolitik (nach Badura 1997)

	Berufsgruppenbezogen (z.B. Ärzte)	Organisationsbezogen	Orientierung am Nutzen für Patient
Interessen an (längerfristigen) Ergebnissen, Wirkungen, Nutzen bei Patienten (epidemiologisch)	Gering	gering	hoch
Ziele	Qualifikation Erfahrung, Wissen Motivation	Rationalisierung Senkung Betriebskosten Optimierung Organisation	Nachweis von Qualität Nutzen Wirksamkeit
Ergebnisse	Übereinstimmung mit herrschender Lehrmeinung	Übereinstimmung mit Vorgaben des Managements Kosten, Erträge	Effektivität Effizienz
Maßnahmen	Verwissenschaftlichung Evidence Based Medicine Technischer Fortschritt Biomedizin Leitbilder von Fachgesellschaften	Taylorisierung Arbeitsteilung Spezialisierung Optimierung von Produktionsprozessen	externe Prüfung Evaluation Epidemiologie
Patient	passive Rolle	Kunde	Mitproduzent/Zentraler Akteur
Kooperation mit anderen Berufsgruppen	Expertenorientiert gering	technisch administrativ top down	orientiert an Behandlungskette hoch Netzwerke, schnittstellenbewußt: z.B. ambulant - stationär
Stellung Medizin	Dominant	konkurriert mit Ökonomie	relativiert gegenüber sozialen, sozialpolitischen, kulturellen Aspekten und Kompetenzen

Abb. 1: Gesundheit und Wohlstand in Public-Health-Konzeption (Evans, Stodart 1994, S. 53)

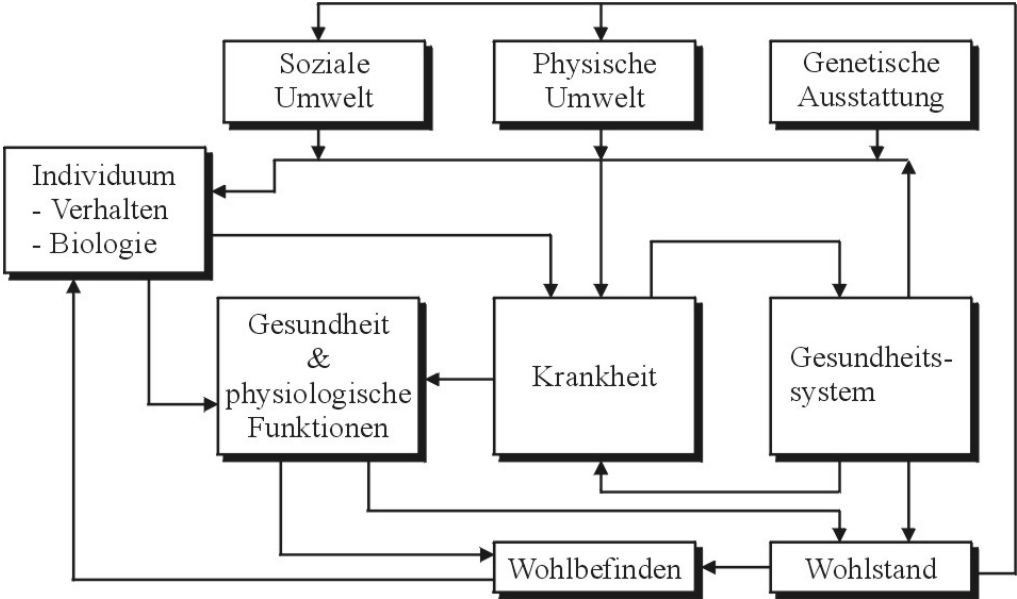


Abb. 2: Makro-Modell eines Gesundheitssystems (Ellencweig 1992)

