

Rainer Müller (2002): Gesundheitspolitik, in: Gesellschaft im Test, Zeitschrift der Kommende, Dortmund, S. 70-73

Es gehört zu den Erkenntnissen des Alltags und zu den gesicherten Wissensbeständen der Gesundheitswissenschaften (Public Health), 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. Für Gesundheitspolitik sind folgende Fragen relevant: Was sind die Determinanten von Gesundheit und Lebensdauer? 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? Unter ökonomischen Gesichtspunkten ist zu fragen, ob die 160 Milliarden Euro für medizinische Behandlung einen Nutzen im Sinne der Verbesserung von Gesundheit der Bevölkerung und der Verringerung der sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod stiften. Wer profitiert nachweislich von den hohen finanziellen und personellen Investitionen in die Gesundheitssicherung? Wer sind die Gewinner, wer die Verlierer? Kann es sein, dass die enormen Investitionen in das Medizinsystem kaum einen Einfluss auf den genannten Sachverhalt haben? Man darf vom Konsens in den Gesundheitswissenschaften ausgehen, der besagt, dass Effektivität und Effizienz der Biomedizin weit überschätzt werden. Das Zusammenspiel der Determinanten von individueller wie kollektiver Gesundheit ist zwar komplex, erst recht in der Perspektive eines langen Lebens; dennoch sind Gesundheitswissenschaften gehalten, Erklärungen zu liefern, die sich auch auf die Systemebene der Gesundheitssicherung 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.

Gesundheit ist etwas Relatives; sie kann zwischen den Polen eindeutig gesund und schwer krank schwanken. Leichte bzw. kompensierte chronische Störungen (z.B. Diabetes) können auftreten und die Person kann sich durchaus gesund fühlen. Wie Personen, abhängig von ihrer sozialen Umgebung bzw. ihrer sozialen bzw. ethnischen Zugehörigkeit oder als Mann bzw. Frau, mit Unwohlsein und gesundheitlichen Störungen umgehen und unter welchen Bedingungen sie das etablierte Hilfesystem, also einen Arzt aufsuchen, ist eine wichtige gesundheitspolitische Frage, denn der überwiegende Anteil von Gesundheitsstörungen wird auch heute noch im Laienbereich ohne Arztkonsultation bewältigt. Die Größenordnung wird auf 60 % bis 80 % der Fälle geschätzt. Der Familie und hier insbesondere den Müttern und (Ehe-)Partnerinnen kommt eine hohe Leistung bei der Gesundheitsfürsorge zu. Zwar sind die Verständnisse und Handlungsmuster der Laien von der Biomedizin mehr oder weniger stark beeinflusst, doch gibt es eine gewisse Selbstregulation, die auch bei der so genannten alternativen Medizin Anleihen macht. Von den ambulant versorgten Patientinnen und Patienten sucht wiederum nur ein geringer Teil die Klinik auf. Zu den Grunderkenntnissen von Public Health gehört es, dass Gesundheit, auch als Leistungs-, Arbeits- und Genussfähigkeit, also als Kompetenz zur gesellschaftlichen Teilhabe gedeutet, von der Interaktion des Individuums mit seiner Umwelt abhängt. Risiken wie Ressourcen in seiner Person wie in seiner Umwelt spielen eine gewichtige Rolle. Das Niveau eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Qualität von Lebens- und Arbeitsbedingungen haben einen starken Einfluss auf Wohlbefinden

und Gesundheit. Diese interaktive Beziehung erhält ebenfalls in der Erkrankung bzw. den Heilungs- oder Rehabilitationsprozessen seine Relevanz. Personenbezogene Dienstleistungen im Gesundheitssystem sind nämlich auf die aktive Mitwirkung des Patienten bzw. der Patientin notwendigerweise angewiesen (Uno-Actu-Prinzip). Die Qualität von Leistungen im Gesundheitssystem bemisst sich u. a. danach, ob Patienten lediglich Objekt von Diagnostik und Therapie sind oder als Subjekte im Bewältigungsprozess systematisch einbezogen werden. Der Prozess der Vernaturwissenschaftlichung und Technisierung der Biomedizin, der z. Zt. einen sehr starken neuen Impuls erhält, hat den interpretativen, zu deutenden, subjektiven Anteil in der Erkrankung und im Heilungs- bzw. Rehabilitationsprozess an den Rand gedrängt. Die hermeneutische Tradition der Medizin mit ihren ausgearbeiteten Theorien und Handlungsweisen zur biographischen bzw. psychosomatischen Medizin steht einer übermächtigen naturwissenschaftlichen Biomedizin gegenüber.

Wurde im Kontext von Public Health bereits schon ab etwa Mitte des 19. Jahrhunderts auf die soziale Ätiologie und Pathogenese von Krankheit verwiesen und entsprechende Präventionskonzepte entworfen, so haben in jüngster Zeit kultur-, sozial- und humanwissenschaftliche Forschungen in Auseinandersetzung mit den pathogenetischen Konzepten der Medizin eine salutogenetische Konzeptualisierung von Gesundheit und Krankheit möglich gemacht.

Salutogenetische Konzeptualisierungen von Gesundheitspolitik erlauben eine adäquatere Perspektive zur Analyse der Probleme der Gesundheitssicherung und ermöglichen eine an Gesundheitszielen orientierte Steuerung und Regelung des Gesundheitssystems. Gesundheitspolitik umfasst also mehr als die Regulierung des Gesundheitssystems, 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. 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 die Maßnahmen der öffentlichen Gesundheitssicherung (Public-Health) 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 Partiku-

larinteressen, 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 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.

Ein solcher Art gefasstes Verständnis von Gesundheit und damit ebenfalls von Krankheit überschreitet sicher das begrenzte Konzept der Biomedizin, doch fehlt auch hier ein ganzheitliches Menschenbild. Die Dimension der Spiritualität, der geistigen Auseinandersetzung des Menschen mit existenziellen Fragen, wie nach Sinn und Ziel seines Lebens, nach seiner Existenzweise und -art, nach seinem Woher und Wohin, nach Leid, Schmerz und Tod, nach Ewigkeit und Endlichkeit, nach Gott und religiösen Einstellungen sowie Erfahrungen, obwohl für Gesundheit, Erkrankung und Heilung von Bedeutung (Amberger, H.: Wer glaubt, lebt länger. Glauben heilt - Beten heilt - und Ärzte können es beweisen, Wien 2000) kommt allerdings auch hier nicht zum Tragen. Zwar belegt die Psychoneuroimmunologie, welchen Einfluss Denken, Fühlen, Grundhaltungen, geistige Orientierungen und Spiritualität für Wohlbefinden, Krankheitsentstehung und -verlauf haben, doch werden für die Heilkunst, für die praktizierte Medizin ebenso in den von Kirchen getragenen Einrichtungen der Krankenversorgung daraus kaum konzeptionelle bzw. praktische Schlüsse gezogen.

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 bezogene 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 Koordinati-

onsprobleme verbindlich zu regeln. 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 Zielformulierung, 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.

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. Für die Bundesrepublik lassen sich 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). Die zweite Gruppe wird von Organisationsexperten bestimmt. Sie setzen auf die Optimierung der Organisationsleistungen, auch im Sinne der betriebswirtschaftlichen Ökonomie, 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 zählen Akteure, die eine konsequente Orientierung am gestifteten Nutzen, also am Ergebnis, an Verbesserung der Gesundheit, Verhinderung von Krankheit und eine gerechte Verteilung der Ressourcen verlangen. Die berufsgruppenbezogene Reformstrategie hat kein explizites Interesse an den Outcomes (epidemiologisch ermittelte Ergebnisse, Evidenz basierte Medizin) seines Wirkens, sondern ist darauf fixiert, die Qualität von Diagnostik und Therapie zu erhöhen und dies in der Orientierung an dem wissenschaftlich-technischen Fortschritt. 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. 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. 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.

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 Ziele einer echten, egalitären, solidarischen und gerechten Gesundheitspolitik. Zwar wird der epidemiologischen und ökonomischen 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 und damit auch der Spiritualität, den Kommunikationsaspekten im Erkrankungs- und Heilungs- und auch im Sterbeprozess ein hoher 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. Die Medizin hält gegenüber sozialen, sozialpolitischen, kulturellen, spirituellen, geistigen Aspekten und Kompetenzen einen relativen Stellenwert. In letzterer Reformstrategie liegt die Chance der Kirchen, einen ihrem Menschenbild gemäßen Weg der Gesundheitspolitik zu beschreiten und in von ihr getragenen Einrichtungen entsprechende Kulturen und Umgangsweisen mit kranken und sterbenden Menschen zu etablieren.