

Was ist Gesundheitspolitologie? Entwicklungsstand und Entwicklungspotenziale des politikwissenschaftlichen Beitrages zur Gesundheitssystemforschung

Noweski, Michael; Engelmann, Fabian

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Noweski, M., & Engelmann, F. (2006). *Was ist Gesundheitspolitologie? Entwicklungsstand und Entwicklungspotenziale des politikwissenschaftlichen Beitrages zur Gesundheitssystemforschung*. (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Bildung, Arbeit und Lebenschancen, Forschungsgruppe Public Health, 2006-307). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-114421>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Michael Noweski, Fabian Engelmann

**Was ist Gesundheitspolitik?
Entwicklungsstand und Entwicklungspotenziale
des politikwissenschaftlichen Beitrages
zur Gesundheitssystemforschung**

Juli 2006

Bestell-Nr. SP I 2006-307

ISSN 1860-8884

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zusammenfassung

Die Gesundheitssystemforschung ist durch das Zusammenwirken unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen gekennzeichnet. Gleichwohl bringen diese durch eine kooperative Arbeitsteilung gemeinsame Forschungsergebnisse hervor.

Die Politikwissenschaft ist bis heute in das wissenschaftliche Netzwerk der Gesundheitssystemforschung schlecht integriert. Während die Soziologie, die Medizin und die Ökonomie auf den Gegenstand Gesundheitssystem spezialisierte Subdisziplinen ausbildeten, und bei der Forschung eng kooperieren, finden Forschungsergebnisse der Politikwissenschaft bisher wenig Eingang.

Die vorliegende Arbeit plädiert für eine Integration der Politikwissenschaft in die Gesundheitssystemforschung. Hierzu erscheint es erforderlich, wie die übrigen Disziplinen, eine spezifische Subdisziplin auszubilden.

Wesentliche Voraussetzungen für die Entwicklung der "Gesundheitspolitologie" sind die Definition des Forschungsgegenstandes und der Forschungsfragen. Hierzu soll dieser Aufsatz Vorschläge unterbreiten.

Abstract

Health systems research is characterized by a cooperation of various scientific disciplines producing joint research results through a division of labour. To this day, political science is poorly integrated into the scientific network of health systems research. Whereas, sociology, medicine, and economics cooperate closely, having created sub-disciplines specializing on the subject; the results of political science research have hardly impacted the field. This paper argues for an integration of political science into health systems research. For this purpose the creation of a specific sub-discipline is indispensable. A requirement for the development of a “health politology” is defining the object of research, the focus of this paper.

Inhalt

1	Einleitung	7
2	Was ist Gesundheitssystemforschung?	8
3	Wie funktioniert die wissenschaftliche Arbeitsteilung in der Gesundheitssystem- forschung?.....	9
4	Wo steht die Politikwissenschaft?	12
5	Wie definiert die Gesundheitssystemforschung Gesundheitspolitik?.....	13
6	Was umfasst Gesundheitspolitik tatsächlich?	13
7	Wie definieren Politologen Gesundheitspolitik?	15
8	Welche Fragen untersucht die Gesundheitspolitologie?.....	16
9	Was sind die Methoden der Gesundheitspolitologie?	20
10	Selbstblockaden auflösen!	20
	Literatur.....	22

1 Einleitung

Politikwissenschaftler beobachten seit geraumer Zeit die politischen Prozesse in Gesundheitssystemen. Zahlreiche Beiträge untersuchen die Steuerung der Systeme und analysieren Gesundheitsreformen. Politikwissenschaftler sind nicht die einzigen die diesen Gegenstand untersuchen. Für das Politikfeld Gesundheit entwickelte sich unabhängig von der Politikwissenschaft eine eigenständige Forschung. In der Gesundheitssystemforschung betätigen sich Wirtschaftswissenschaftler, Mediziner und Soziologen die sich auf die Analyse des Gesundheitssystems spezialisierten. Zwischen der Politikwissenschaft einerseits und der Gesundheitssystemforschung andererseits bestehen wenig kooperative Beziehungen. Bei der Durchsicht der Veröffentlichungen wird deutlich, dass die Beiträge der jeweils anderen Seite kaum zitiert werden. Politikwissenschaftler kritisieren die Analysen der Gesundheitssystemforscher zu Steuerungsprozessen als methodisch fragwürdig da keine Theorien der Politikfeldanalyse verwendet werden. Gesundheitssystemforscher bemängeln die Beiträge der Politikologen als empirisch schwach. Beide Vorwürfe sind zutreffend.

Eine wechselseitige Befruchtung der Politikwissenschaft und der Gesundheitssystemforschung kann durch die Bildung einer Subdisziplin der Politikwissenschaft erreicht werden. Wie die Gesundheitsökonomie, die Gesundheitswissenschaften und die Medizinsoziologie zeigen, kann durch die Spezialisierung einer Abteilung der Mutterdisziplin auf den Gegenstand Gesundheitssystem eine Plattform gebildet werden, auf der eine interdisziplinäre Arbeitsteilung leichter möglich ist. Anders als die Wirtschaftswissenschaften, die Medizin und die Soziologie hat die Politikwissenschaft bisher keine entsprechende Subdisziplin ausgebildet. Die Gesundheitspolitologie existiert weder als Begriff noch in der Forschungspraxis.

Der vorliegende Aufsatz plädiert für die Ausbildung der Gesundheitspolitologie als Subdisziplin der Politikwissenschaft und Bestandteil der Gesundheitssystemforschung. Um zu dieser Entwicklung beizutragen sollen in diesem Aufsatz der Untersuchungsgegenstand, die Forschungsfragen und die Methoden der Gesundheitspolitologie diskutiert werden. Dazu erscheint es in einem ersten Schritt notwendig, die wissenschaftliche Arbeitsteilung der Gesundheitssystemforschung zu skizzieren. Zunächst ist festzustellen, dass die Gesundheitssystemforschung eine gleichermaßen differenzierte wie auch integrierte Forschungslandschaft entwickelte (Abschnitt 2). Ausgehend von ihren jeweiligen Mutterdisziplinen beteiligen sich Ökonomen, Mediziner und Soziologen und entwickelten dabei auf das Gesundheitssystem spezialisierte Subdisziplinen. Zwischen diesen Subdisziplinen bestehen zum Teil sehr enge arbeitsteilige Kooperationsbeziehungen (3). Die Politikwissenschaft weist bezüglich dieser Entwicklung einen signifikanten Rückstand auf (4). Die Integration der Politikwissenschaft in die Gesundheitssystemforschung kann durch die Bildung einer eigenen Subdisziplin nachgeholt werden. Hierzu bedarf es der Definition des spezifischen Forschungsgegenstandes „Gesundheitspolitik“. Dieser muss gleichermaßen mit der Theorie der Politikwissenschaft wie auch der Empirie der Gesundheitssystemforschung kompatibel sein (7). Ziel der Gesundheitspolitologie sollte es sein, Forschungsfragen der Gesundheitssystemforschung beantworten zu helfen (8). Dabei jedoch sollen politikwissenschaftliche Theorien und Methoden genutzt werden (9).

2 Was ist Gesundheitssystemforschung?

Die Definition von Gesundheitssystemforschung erfolgt in der Literatur stets über den Forschungsgegenstand und weist diese als Analyse von Gesundheitssystemen aus. Im einflussreichen „Public-Health-Buch“ heißt es hierzu:

„Gesundheitssystemforschung befaßt sich mit Bedarf, Inanspruchnahme, Ressourcen, Strukturen, Prozessen, Ergebnissen und zuschreibbaren Resultaten (Outcomes) von systemisch organisierten Ansätzen der Krankheitsverhütung, -bekämpfung oder -bewältigung – d. h. von ganzen Gesundheitssystemen, Subsystemen und größeren Institutionen bzw. Programmen – und verknüpft diese Elemente analytisch-bewertend.“¹

Die Beteiligung zahlreicher unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen wird bei der Erforschung des Gesundheitssystems weithin als erforderlich angesehen. Eine Denkschrift der Deutschen Forschungsgemeinschaft von 1995 stellt fest:

„Gesundheitssystemforschung ist [...] mehrdimensional, komplex und methodisch multi- bzw. interdisziplinär angelegt. Je nach Erkenntnisziel und gewähltem empirischem Zugang kommen medizinische und sozialmedizinische, epidemiologische, ökonomische, soziologische, psychologische, politik-, verwaltungs- und rechtswissenschaftliche Methoden in Frage.“²

Neben der Analyse von Gesundheitssystemen und der multi- bzw. interdisziplinären Methodik zeichnet sich Gesundheitssystemforschung nach allgemeiner Auffassung durch ihre ausgeprägte Problemorientierung aus:

„Neben wissenschaftlicher Erkenntnisgewinnung liefert Gesundheitssystemforschung anwendungsorientierte Informationen für staatliche, parastaatliche oder private Entscheidungsträger über Strukturen, Allokationen oder Prozeßsteuerung.“³

Die Unterschiedlichkeit der Forschungsfragen und der Forschungsansätze, welche die zahlreichen beteiligten Wissenschaftler einbringen, scheint eine Bezeichnung der Gesundheitssystemforschung als eigenständige Disziplin bisher nicht zuzulassen. Vielmehr wird sie als „ein von verschiedenen Fächern und Disziplinen bearbeitetes Forschungsfeld“ charakterisiert, das „genuine Multi- und Interdisziplinarität“ aufweist.⁴

Die verbreitete Selbstbeschreibung der Gesundheitssystemforschung als multi- und interdisziplinär erscheint für die Charakterisierung der tatsächlich praktizierten Kooperationsbeziehungen innerhalb der Gesundheitssystemforschung nicht auszureichend. Als ein wesentliches Merkmal ist neben der Kooperation der Wissenschaftler über disziplinäre Grenzen hinweg

¹ Schwartz/Busse 2003, 518.

² Schwartz et al. 1995, 6.

³ Schwartz/Busse 2003, 519.

⁴ Schwartz et al. 1995, 8. In der Wissenschaftsforschung sieht Stichweh (1994, 17) wissenschaftliche Disziplin durch folgende Merkmale gekennzeichnet: 1. einen hinreichend homogenen Kommunikationszusammenhang zwischen Forschern bzw. eine „scientific community“, 2. einen Korpus wissenschaftlichen Wissens der in Lehrbüchern repräsentiert ist, 3. ein Set von Fragestellungen, Forschungsmethoden und paradigmatischen Problemlösungen sowie 4. disziplinspezifische Karrierestrukturen und Sozialisationsprozesse. Angesichts der sich etablierenden Studiengänge „Public Health“ ist die Frage, ob Gesundheitssystemforschung als eine (zumindest synoptische) Disziplin angesehen werden kann, noch nicht abschließend beantwortet (vgl. DGPH 1999).

auch jene mit Nichtwissenschaftlern (Praktikern) zu berücksichtigen – ist Gesundheitssystemforschung also vor allem auch transdisziplinär.⁵

3 Wie funktioniert die wissenschaftliche Arbeitsteilung in der Gesundheitssystemforschung?

Gesundheitssystemforscher sind auf drei verschiedenen Ebenen aktiv. Auf der ersten Ebene bemühen sie sich innerhalb ihrer Mutterdisziplin vor allem um die Theoriebildung. Auf der zweiten Ebene berücksichtigen sie die Methoden und Erkenntnisse der anderen Disziplinen und bilden interdisziplinäre Ansätze. Auf der dritten Ebene integrieren sie Praktiker in den Forschungsprozess und entwickeln Lösungsvorschläge für gesellschaftliche Problemlagen (siehe Abbildung 1). In der Forschungspraxis wechselt der einzelne Wissenschaftler je nach Projekt zwischen den Ebenen, entwickelt aber auch eine persönliche Präferenz. Charakteristisch für die Gesundheitssystemforschung ist eine rege Betätigung vieler Forscher auf der transdisziplinären Ebene.

Ein Blick in die Literatur, der hier nur cursorisch erfolgen kann und auf die deutschen Beiträge beschränkt bleibt, verdeutlicht, dass die Soziologie, die Medizin und die Ökonomie längst ein hohes Maß an methodischer Anpassung an den Gegenstand Gesundheitssystem vollzogen haben und entsprechende Unterdisziplinen ausbildeten.

Die Soziologie bildete die Medizinsoziologie aus, welche Kommunikationsprozesse und Machtverhältnisse zwischen den Akteuren im Gesundheitssystem untersucht.⁶ Dabei werden insbesondere die Beziehungen zwischen den Health-Professionals und Patienten, wie auch zwischen den Professionen sowie innerhalb der Professionen analysiert. Interdisziplinäre Kooperation entstand insbesondere dort, wo ökonomische Ressourcen als Machtressourcen eine Rolle spielen und die Ergebnisse der Medizinsoziologie Eingang in die Forschung der Gesundheitswissenschaften fanden.⁷

Die Gesundheitswissenschaften konstituierten sich aus professionskritischen Medizinern, insbesondere Sozialmedizinern. Sie analysieren Einflussfaktoren auf Gesundheitszustände, welche in der Krankenversorgung wie auch in den gesellschaftlichen Lebensverhältnissen liegen können.⁸ Dabei erweiterte sich die traditionell auf die Kuration von Individuen gerichtete Perspektive auf den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung sowie präventive Strategien zur Krankheitsvermeidung. In der modernen Form von „Public Health“ sind der Untersuchung gesundheitsrelevanter Faktoren und den Analysemethoden kaum noch Grenzen gesetzt.⁹

⁵ Zur Begriffsdefinition von Multi-, Inter- und Transdisziplinarität siehe Barlösius 2003.

⁶ Bauch 2000. Mit der Medizinsoziologie eng verknüpft ist die Medizinpsychologie, vgl. z. B. Beckmann 1984.

⁷ Frischenschlager 1995.

⁸ Hurrelmann/Laaser 2003, 25.

⁹ Schwartz et al. 2003. Aufgrund der Ausweitung des Gegenstandsbereiches und des Methodenrepertoires ist die Unterscheidung von Public Health und Gesundheitssystemforschung zunehmend problematisch. Die Selbstdefinition der Public-Health-Forschung über den Gegenstand öffentliche Gesundheit (z. B. DGPH 1999) erlaubt kaum noch Rückschlüsse auf die Art der Forschung. Die gegenwärtige Praxis lässt sogar die Zurechnung der Gesundheitssystemforschung zu Public Health als deren Unterdisziplin zu (Schwartz et al. 2003; Walter/Paris 1996). Der synonyme Gebrauch von Gesundheitswissenschaften und Public Health und die Integration von Gesundheitsökonomie und „Gesundheitspolitik“ in Public Health (Kolip 2002, 16f.) tragen zur Unübersicht-

Die Ökonomie, welche die Knappheit gesundheitsrelevanter Ressourcen erkannte, versuchte die Tauschprozesse im Gesundheitssystem ökonomisch zu modellieren.¹⁰ Als Gesundheitsökonomie sucht sie nach Möglichkeiten der Effizienzsteigerung der Ressourcenallokation und beachtete dabei die Erkenntnisse der Medizinsoziologie und Gesundheitswissenschaften hinsichtlich der Wirkungszusammenhänge im Versorgungssystem.¹¹ Die hier gewonnenen Erkenntnisse brachten zum Beispiel das aus der Betriebswirtschaftslehre abgeleitete „Gesundheitsmanagement“ für Unternehmen hervor.¹² Managementkonzepte wurden ebenso für Versorgungseinrichtungen¹³ und für Versorgungsprozesse¹⁴ entwickelt.

Insgesamt zeigt sich im Zuge der wissenschaftlichen Spezialisierung auf den Gegenstand Gesundheitssystem eine zunehmende Ausdifferenzierung der Forschung aber auch ein hohes Maß interdisziplinärer Kooperation.

lichkeit der Forschungsaktivitäten bei. Mit Hinblick auf die in dieser Arbeit modellierte wissenschaftliche Arbeitsteilung soll Public Health auf seinen „Ursprung“ in den Gesundheitswissenschaften zurückgeführt werden und als deren inter- und transdisziplinäre Ebene angesehen werden.

¹⁰ Rüschemann et al. 1986.

¹¹ Lauterbach/Schrapppe 2003.

¹² Zum betrieblichen Gesundheitsmanagement siehe Rudow 2004.

¹³ Zum Krankenhausmanagement siehe Eichhorn et al. 2000.

¹⁴ Zu „Managed Care“ siehe Haubrock et al. 2000.

Abbildung 1: Wissenschaftliche Arbeitsteilung in der Gesundheitssystemforschung

Ebene der Integration	Wissenschaftliche Fachdisziplin und deren Leitfragen			
Multidisziplinarität (mehrere Disziplinen untersuchen den selben Gegenstand)	Bildung von Subdisziplinen durch Spezialisierung			
	Soziologie	Medizin/ Gesundheitswissenschaften	Ökonomie	Politikwissenschaft
	Gesellschaftstheorie Wie funktioniert das Gesundheitsversorgungssystem als gesellschaftliches Teilsystem? Mikrosoziologie Welche Rollen und Machtbeziehungen beeinflussen die Kommunikation?	Klinische Medizin Welche individuellen Faktoren beeinflussen die Gesundheit? Wie kann Heilung erreicht werden? Epidemiologie Wer ist krank und wie? Sozialepidemiologie Welchen Einfluss hat der soziale Status auf die Gesundheit?	BWL Wie können die knappen Ressourcen effizient eingesetzt werden? VWL Was sind die volkswirtschaftlichen Konsequenzen der Ressourcenallokation?	Wie werden gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen?
Interdisziplinarität (die wissenschaftlichen Disziplinen kooperieren empirisch und methodisch)	Systemanalyse			
	Gesundheitssoziologie	Public Health	Gesundheitsökonomie	Gesundheitspolitik
	Welche sozialen Beziehungen und Kommunikationsstrategien versprechen salutogene Effekte bei Interventionen?	Wie beeinflussen das Versorgungssystem und die Gesellschaft die Gesundheit der Bevölkerung?	Welche Effekte haben ökonomische Anreize auf das Versorgungssystem und den Gesundheitszustand der Bevölkerung?	Welchen Einfluss haben gesundheitspolitische Entscheidungen auf die Funktionserfüllung des Gesundheitssystems?
Transdisziplinarität (die Forschung bezieht nichtwissenschaftliche Akteure ein (Praktiker/Adressaten) und beantwortet deren Problemlagen durch integrierte Forschungsergebnisse)	Problemorientierung			
	Wie sind Kommunikation und Versorgungsprozesse im Gesundheitssystem im Sinne optimaler Performanz zu gestalten?	Welche Interventionsstrategien optimieren die Performanz des Gesundheitssystems?	Wie können ökonomische Anreize die Performanz des Gesundheitssystems optimieren?	Welche gesundheitspolitischen Entscheidungen optimieren die Performanz des Gesundheitssystems?
Hauptinnovationen	Partizipative Ansätze bei der Kommunikation/Empowerment	Prävention	Effizienz z.B. durch „Qualitätswettbewerb“	Reformierbarkeit des Systems

4 Wo steht die Politikwissenschaft?

Die Politikwissenschaft hat bisher keine auf Gesundheitssysteme spezialisierte Subdisziplin ausgebildet.¹⁵ Die relativ zahlreichen Beiträge zu den Problemen von Gesundheitsreformen stützen sich primär auf Erkenntnisse der Regierungslehre und beachten kaum Ergebnisse der anderen aufgeführten Disziplinen. Das aus der politikwissenschaftlichen Analyse hervorgegangene Paradigma der „Reformblockade“¹⁶ stellt keine auf Gesundheitssysteme spezialisierte Analyse dar. Die Kategorien „organisierte Interessen“ oder „korporatistische Akteure“, welche als Urheber der Verhinderung von „Strukturreformen“ angesehen werden, entstammen der politikfeldunspezifischen „Governance-Forschung“¹⁷. Wirklich politikfeldspezifische Faktoren wie die problematische Definition von Krankheit und Gesundheit, die Machtasymmetrie zwischen Arzt und Patient, der medizinische Fortschritt, der Wandel des medizinischen Problempanoramas, die professionelle Selbstorganisation der Heilberufe oder die Messprobleme bei Qualitätskontrollen werden von Politikologen selten beachtet.

Ohne die Wahrnehmung der Forschungsergebnisse der anderen Disziplinen kann eine Problemorientierung kaum gelingen. Suboptimale Effekte hinsichtlich der Qualität oder der Effizienz der Versorgung werden kaum thematisiert. Während Medizinsoziologie, Gesundheitswissenschaften und Gesundheitsökonomie intensiv die Frage der Verbesserung der Performanz des Gesundheitssystems diskutieren, misst die Politikwissenschaft die Steuerungsfähigkeit des Staates an dessen selbst formulierten Zielen bzw. Programmen. Problemorientiert wäre die Analyse politischer Entscheidungen anhand der Verbesserung der Performanz des Gesundheitssystems. Was die zahlreichen Gesundheitsreformen bewirkten und ob staatliche Steuerung in den letzten Jahrzehnten überhaupt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung herbeiführte, liegt im Dunklen.

Angesichts der geringen Beteiligung der Politikwissenschaft an der transdisziplinären Gesundheitssystemforschung erscheint es nur folgerichtig, dass die Frage der ordnungspolitischen Entwicklung des Gesundheitssystems von anderen Disziplinen insbesondere von der Gesundheitsökonomie bearbeitet wird.¹⁸ Die verbreitete Einschätzung, dass staatliche Intervention in Gesundheitssystemen für die Performanz abträglich sei („Überregulierung“) und Freiräume für Wettbewerb geschaffen werden sollten,¹⁹ wurde durch das von Politikologen gepflegte Paradigma der Reformblockade eher noch gestützt. Dabei drohen positive empirische Befunde zur Wirkung staatlicher Regulierung auf die Performanz von Gesundheitssystemen²⁰ unterzugehen.

¹⁵ Die Ausbildung eines arbeitsteiligen Forschungsnetzwerkes hat in den USA viel früher eingesetzt als in Deutschland und stützt sich auf umfangreichere Ressourcen. Die deutsche Gesundheitssystemforschung profitierte bei der Ausbildung z. B. der Gesundheitsökonomie wesentlich vom amerikanischen Vorbild. Die deutsche Politikwissenschaft hat diesen Transfer von Erfahrungen noch nicht vollzogen. Während die amerikanische „Health Policy Research“ viele politikfeldspezifisch aktive Experten hervorbrachte und in die Gesundheitssystemforschung voll integriert ist, fehlt der deutschen Politikwissenschaft dieser Anschluss bislang.

¹⁶ Bandelow 1998; Rosewitz/Webber 1990; Webber 1988; Webber 1989.

¹⁷ Vgl. Mayntz 1992; vgl. Alemann/Wessels 1997; vgl. Czada 2000.

¹⁸ Zum Beispiel Thiemayer 1986; Glaeske et al. 2001; Oberender/Fleischmann 2002.

¹⁹ Zum Beispiel Ebsen et al. 2003.

²⁰ Hollingsworth et al. 1990; Alber, 1988; Noweski 2004b.

5 Wie definiert die Gesundheitssystemforschung Gesundheitspolitik?

Die Beschäftigung der Gesundheitssystemforscher mit Problemen politischer Steuerung hat einen Politikbegriff geprägt, der von den maßgeblichen politikwissenschaftlichen Definitionen abweicht. Da der Forschungsgegenstand Politik die Generierung von Forschungsfragen in allen gesellschaftlichen Teilbereichen zulässt, ist versucht worden, den Gegenstandsbereich im Rahmen der Gesundheitssystemforschung zu spezifizieren, indem der Bezug auf Gesundheit etabliert wurde:

„Gesundheitspolitik kann als die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen und Auseinandersetzungen im Hinblick auf Zielformulierung, Zielvorgaben und Maßnahmen zum Zwecke der Erhaltung beziehungsweise (Wieder-)Herstellung von Gesundheit, der Linderung individueller und sozialer Folgen von Krankheiten sowie zur Gestaltung und Steuerung der damit befaßten Institutionen definiert werden.“²¹

In einem Lehrbuch für Gesundheitswissenschaftler heißt es sehr ähnlich:

*„Gesundheitspolitik soll **analytisch** [H. d. R./G.] verstanden werden als die Gesamtheit der organisierten Anstrengungen, die auf die Gesundheit von Individuen oder sozialen Gruppen Einfluss nehmen – gleich ob sie die Gesundheit fördern, erhalten, (wieder-)herstellen oder auch nur die individuellen und sozialen Folgen von Krankheit lindern.“²²*

6 Was umfasst Gesundheitspolitik tatsächlich?

Die Festlegung auf die Intention, Gesundheit positiv beeinflussen zu wollen, blendet eine Reihe politischer Aktivitäten aus, die tatsächlich aber durch Wissenschaftler im Zusammenhang mit Gesundheitssystemen analysiert werden. Politische Entscheidungen in anderen Politikfeldern können Gesundheitszustände durchaus beeinflussen, ohne dass das Ziel der Steigerung von Gesundheit vorhanden wäre. Die Absenkung von Umweltstandards, beispielsweise beim Lärmschutz, ist aufgrund der negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen Menschen ein interessanter Gegenstand für Gesundheitssystemforscher, obgleich solche Vorgänge qua bisheriger Definition nicht gesundheitspolitisch sind. Die stark im Wachstum befindliche Forschung zu den Auswirkungen der europäischen Rechtsetzung auf die deutsche Krankenversicherung²³ untersucht insbesondere auch das EU-Wettbewerbsrecht, welchem eine gesundheitsförderliche Intention nicht zugewiesen werden kann.

Es zeigt sich vielfach, dass Gesundheitssystemforschung sich nicht nur auf politische Prozesse beschränkt, die auf Gesundheitszustände gerichtet sind, sondern all jene untersucht, die Gesundheit beeinflussen. Entsprechend werden nicht nur Akteure beobachtet, welche sich qua Ressort dem Politikfeld Gesundheit zuordnen lassen, sondern auch politische Entscheidungen in anderen Politikfeldern kritisiert.²⁴ Diesen Politikergebnissen kann oft nicht nur keine Inten-

²¹ Schwartz et al. 1995, 13; vgl. Rosenbrock 1998, 3.

²² Rosenbrock/Gerlinger 2004, 12.

²³ Zum Beispiel Urban 2003.

²⁴ Rosenbrock nennt unter Verweis auf deren Relevanz für Gesundheitszustände z. B. die Verkehrs- und Bildungspolitik und verwendet hierfür den Begriff „implizite Gesundheitspolitik“ (Rosenbrock 1998, 6). Vgl. Kemm 2003.

tion zur Verbesserung von Gesundheitszuständen unterstellt werden, diese können Gesundheitszustände sogar beeinträchtigen. Entsprechend heißt es an anderer Stelle:

*„Gesundheitspolitik findet demnach überall dort statt, wo durch die Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen oder Verhaltensanreizen populationsbezogenen Wahrscheinlichkeiten von Erkrankungen, Progredienz, Chronifizierung, krankheitsbedingter Einschränkung der Lebensqualität und Tod – positiv oder negativ – beeinflusst werden.“*²⁵

Selbst in den Grenzen des explizit als gesundheitspolitisch umrissenen Politikfeldes funktioniert die Voraussetzung der auf die Verbesserung von Gesundheitszuständen gerichteten Intention nicht. Gesundheitspolitiker, wie auch das entsprechende Bundesministerium, verfolgen neben der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung auch andere politische Ziele wie z. B. die „Beitragssatzstabilität“²⁶. Die Absicht, Gesundheit zu verbessern, definitorisch zur Voraussetzung von Gesundheitspolitik zu erheben, hieße dieses zentrale Ziel der Gesundheitsreformen der letzten dreißig Jahre als nicht gesundheitspolitisch auszublenden. Tatsächlich jedoch würde niemand die Kostendämpfungsgesetze der siebziger und achtziger Jahre oder das Beitragsentlastungsgesetz von 1996 nicht als Gesundheitspolitik bezeichnen wollen.

Um die Definition von Gesundheitspolitik und den tatsächlichen Untersuchungsgegenstand der Politologen, aber auch zahlreicher Gesundheitssystemforscher, in Einklang zu bringen, sollte die intentionale Komponente von Gesundheitspolitik als ein Merkmal mit *zwei* möglichen Ausprägungen angesehen werden. Neben politischen Maßnahmen welche sich explizit auf Gesundheit beziehen, sollen also auch jene ohne diesen intendierten Bezugspunkt betrachtet werden. Dabei können die Politikergebnisse positiv oder negativ auf Gesundheitszustände wirken.

Gesundheitspolitik, welche die Verbesserung von Gesundheitszuständen verfolgt, z. B. Arbeitsschutzpolitik, kann demnach als „intendiert-positiv“ bezeichnet werden. Politische Maßnahmen die zwar nicht auf dieses Ziel angelegt sind, aber positiv auf Gesundheitszustände wirken, beispielsweise Klimaschutz- oder Kündigungsschutzpolitik, können als „nicht-intendiert-positiv“ Gesundheitspolitik angesehen werden. Maßnahmen welche andere Ziele verfolgen als den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern, und dabei Gesundheit beeinträchtigen können, wie z. B. die Verlängerung der Arbeitszeiten als Maßnahme zur Verbesserung der Standortbedingungen, vielen unter die Kategorie „nicht-intendiert-negativ“. Unter diese Kategorie vielen auch zahlreiche Reformmaßnahmen der Bundesregierung im Gesundheitsbereich im Rahmen der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik, wie die Erhöhung der Zuzahlungen auf Medikamente oder die Verschärfung der Voraussetzungen zur Gewährung von Kuren.

Gleichwohl politische Entscheidungen der Kategorie „intendiert-negativer“ Gesundheitspolitik kaum beobachtbar sein dürften, ergeben sich doch immerhin drei neue (wahrscheinlich analytisch nützliche) Typen von Gesundheitspolitik (Abbildung 2), die definitorisch das ge-

²⁵ Rosenbrock 1998, 3.

²⁶ Kühn 2000, 145-147.

same Spektrum politischer Entscheidungen, welche Gesundheit beeinflussen können, abdecken.²⁷

Abbildung 2: Klassifikation von Gesundheitspolitik

		Gesundheitsbezug	
		intendiert	nicht intendiert
Wirkung	positiv	intendiert-positiv	nicht-intendiert-positiv
	negativ	-	nicht-intendiert-negativ

7 Wie definieren Politologen Gesundheitspolitik?

Die bisher verbreitete Definition von Gesundheitspolitik beschreibt den Untersuchungsgegenstand der gesamten Gesundheitssystemforschung. Als „organisierte Anstrengung“ können Ökonomen die Ressourcenallokation im Versorgungssystem auffassen, die Gesundheitssystemforscher die Anwendung der Diagnose- und Therapieverfahren und die Medizinsoziologen die gesamte Interaktion zwischen dem Patienten und den verschiedenen Heilberufen. Um den Untersuchungsgegenstand für politikwissenschaftliche Analysen zu klären, erscheint es hingegen notwendig, sich auf das spezifisch Politische zu konzentrieren.

Die von Politologen selbst am häufigsten gebrauchte Definition von Politik scheint der plausibelste Ausgangspunkt zu sein.²⁸ Bei der Charakterisierung des gesundheitspolitologischen Untersuchungsgegenstandes sollte demnach auf die sehr spezifischen Merkmale erstens der kollektiv verbindlichen Entscheidung und zweitens der demokratischen Legitimation zurückgegriffen werden. Folgende Definition wird also vorgeschlagen:

Gesundheitspolitik ist die Herstellung Gesundheitszustände beeinflussender sowie kollektiv verbindlicher Entscheidungen gemäß demokratischer Praxis und Normen.

Diese Definition erscheint gut handhabbar. Kollektiv verbindliche Entscheidungen können als sanktionierte Verbote oder Verpflichtungen leicht operationalisiert werden. Regulative Politik, wie z. B. die Gurtpflicht oder die Einhaltung von Umweltstandards, wird ebenso abgedeckt, wie alle redistributiven Maßnahmen, z. B. die Verpflichtung, Beiträge zur GKV zu entrichten und damit jegliche Maßnahmen zur Krankenversorgung oder Prävention zu finanzieren. Positive Anreize, wie Zuschüsse oder Kostenübernahmen, haben ihren Ursprung auch in der Verpflichtung, Mittel für diese Maßnahmen bereitzustellen bzw. auszuzahlen. Selbst private Initiativen, wie durch Unternehmen gesponserte Gesundheitsprogramme (betriebliche Gesundheitspolitik), fallen noch unter den Begriff Gesundheitspolitik, sofern die Verbindlich-

²⁷ Politische Entscheidungen, die weder positive noch negative Wirkungen auf Gesundheit entfalten, sind demnach keine Gesundheitspolitik.

²⁸ Politik gilt als Herstellung kollektiv verbindlicher Entscheidungen unter Vermittlung individueller Interessen.

keit der Entscheidung, dieses Programm durchzuführen, durch eine organisatorische Kontrolle abgesichert ist und diese Kontrolle den Rechtsnormen entspricht.

Notwendige Voraussetzung für Politik ist somit das Vorhandensein von demokratisch legitimer Macht und formalisierter Hierarchie, welche die Verbindlichkeit der Entscheidungen gewährleistet.²⁹ Die berechnete Feststellung, dass Gesundheitspolitik nicht nur von staatlichen Akteuren gemacht wird,³⁰ wird insofern beachtet und konkretisiert, als entsprechend dieser Definition nur jene Akteure interessieren, die gemäß der Rechtsnormen über die Macht verfügen, die Handlungsautonomie anderer Akteure einzuschränken. Zahlreiche zivilgesellschaftliche Initiativen, wie organisierte Selbsthilfe und freiwillige Solidarität, genügen dieser Definition nicht mehr. Sofern diese Initiativen nicht im vorparlamentarischen Raum politische Entscheidungen beeinflussen, sind diese Aktivitäten als soziologisches Problem der Selbstorganisation zu behandeln.³¹

Die Spezifizierung des Forschungsgegenstandes von Gesundheitspolitologie könnte die bisher unbefriedigende Integration der Politologie in die Gesundheitssystemforschung verbessern helfen. Politologen, die sich bisher selbst nicht als Teilnehmer der Gesundheitssystemforschung verstanden, wird die Integration in die Arbeitsteilung erleichtert. Statt sich der unspezifischen Definition von Gesundheitspolitik anschließen zu müssen, findet der Politikwissenschaftler nun eine nur minimal veränderte, um den Bezug auf Gesundheit erweiterte, politologische Definition vor.

8 Welche Fragen untersucht die Gesundheitspolitologie?

Was kann Gesundheitspolitologie anbieten, was die Gesundheitssystemforschung und die Politikwissenschaft bisher nicht zu leisten vermochten? Es ist bereits darauf hingewiesen worden, dass die Gesundheitssystemforschung zur Analyse politischer Prozesse bisher vor allem Essays beisteuert. Diese können kaum als Politikfeldanalysen angesehen werden da sie keine explizierten Ansätze aufweisen und nicht die Erfahrungen einbeziehen, die Analysten zu den Problemen politischer Steuerung in anderen Politikfeldern bereits gewonnen haben.³² Kürzer formuliert: Sie reflektieren nicht was Politik ist und wie sie funktioniert. Diese Kritik soll nicht weiter vertieft werden denn diese Beiträge füllen dankenswerterweise eine Lücke die von jenen nicht geschlossen wurde, die über die Methodenkenntnis verfügen, die zur Politik-

²⁹ Müller thematisierte bei seinen Überlegungen zu Gesundheitspolitik bereits das Vorhandensein von Macht und kulturell unterschiedlichen Quellen von Legitimität (Müller 2002, 151), gebrauchte aber selbst wieder die hier kritisierte landläufige Definition (ebd. 152).

³⁰ Rosenbrock 1998, 1f.

³¹ Der Unterschied zwischen Politik und gesellschaftlicher Selbstorganisation wird am Beispiel der deutschen AIDS-Hilfen sichtbar. Während der personelle und ideelle Ursprung der AIDS-Hilfen im Aktivismus einer sozialen Bewegung liegt, wurden Teile der Bewegung durch die Gründung eines Dachverbandes in staatliche Präventionspolitik inkorporiert. Die Deutsche AIDS-Hilfe ist finanziell von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung abhängig und ministerieller Einflussnahme ausgesetzt. Aufgrund ihrer begrenzten Entscheidungsautonomie fungiert sie teilweise als Implementationsträger staatlicher Präventionspolitik und ist in diesen Situationen nicht mehr Agent einer sozialen Bewegung. Die Scheidelinie von Politik und Selbstorganisation verläuft in den Interessenkonflikten zwischen Legislative, Exekutive, Ministerium und Behörde einerseits und den lokalen AIDS-Hilfen und Initiativen andererseits innerhalb des korporatistischen Verbandes der DAH (Geene 2000, 229-239; Becker 1991).

³² Einführungen in die Policy-Analyse bieten Schubert/Bandelow 2003 sowie Howlett/Ramesh 2003.

feldanalyse notwendig ist. Die Politikwissenschaft analysierte die Gesundheitspolitik bisher nicht für die Gesundheitssystemforschung, sondern für die eigene Theoriebildung.

Die in den achtziger Jahren einsetzende rege Forschungsaktivität der Politikwissenschaft zur Handlungsfähigkeit des Staates bei der Implementation politischer Programme vor dem Hintergrund fortschreitender gesellschaftlicher Differenzierung basierte wesentlich auf der Beobachtung des Gesundheitssystems.³³ Angesichts der komplexen Prozesse und der Informationsdefizite des Staates gelangte man zur Erkenntnis, dass der Staat immer weniger durch hierarchische Order steuern könne, sondern in Verhandlungen mit nichtstaatlichen Akteuren treten müsse, um diese in die Steuerung zu inkorporieren. Die Angewiesenheit des Staates auf die Unterstützung dieser Institutionen und deren politischer Einfluss brachten diesen jedoch in eine ungünstige Verhandlungsposition und ermöglichte im Rahmen zahlreicher politischer Kompromisse lediglich inkrementale Gesundheitsreformen.

Um einen konstruktiven Beitrag zur Gesundheitssystemforschung beisteuern zu können, müsste sich diesem Paradigma der Reformblockade als Problemanalyse die Suche nach Lösungsmöglichkeiten anschließen. Es kann ja kein konsistentes Konzept darstellen, einerseits zu konstatieren, dass der Staat seinen Einfluss auf das sich ausdifferenzierende gesellschaftliche Teilsystem der Gesundheitsversorgung verliert,³⁴ gleichzeitig aber die intermediäre Ebene der parastaatlichen Vereinigungen und der Verbände als Reformblockierer zu bezeichnen und deren Ausgrenzung aus dem Politikformulierungsprozess zu fordern.³⁵ Zu fragen wäre vielmehr, welche intermediären Funktionen die zahlreichen parastaatlichen und verbandlichen Akteure im Steuerungssystem in welcher Weise übernehmen sollten.³⁶

Die politikwissenschaftliche Implementationsforschung ließ diese Frage der angemessenen Reform des Steuerungssystems unbeantwortet. Sie wurde gar nicht erst aufgeworfen, denn der Politikwissenschaft genügten die immer wieder als gescheitert angesehenen Gesundheitsreformen als Bestätigung ihrer These von der „Unregierbarkeit“. Diese Analyse ist oberflächlich und kurzfristig zugleich. Einmal wird als Maßstab von Steuerungsfähigkeit der von der Politik selbst formulierte und stets überzogene Anspruch von „Strukturreform“ angelegt. Statt für die Bestätigung der Hypothese eine empirische Wirkungsforschung zu betreiben wurden Stellungnahmen von Politikern und Interessenvertretern verarbeitet, welche stets ihre Enttäuschung über die erreichten Wirkungen zum Ausdruck brachten. Zum anderen ist die langfristige Wirkung zahlreicher politischer Entscheidungen unterschätzt worden. Die Feststellung, dass lediglich „inkrementale Veränderungen“ erreicht wurden, veranlasste nicht zur Folgerung, dass langfristig durchaus reformiert wurde.

Die These von der Unregierbarkeit verhinderte in doppelter Hinsicht den argumentativen Anschluss der Politikwissenschaft an die Gesundheitssystemforschung. Einmal wurde festgestellt, dass das politische System einer anderen Logik als das Gesundheitssystem folge und eine Kommunikation bestenfalls indirekt möglich sei.³⁷ Zum anderen verfüge der Staat nicht

³³ Zum Beispiel Mayntz/Rosewitz 1988; Rosewitz/Schimank 1988.

³⁴ Hartmann 2002.

³⁵ Blanke/Perschke-Hartmann 1994; Bandelow 1994; Bandelow 2003, 17; Hartmann 2002, 147-166, 259.

³⁶ Vgl. Döhler/Manow 1995; Lütz 1995.

³⁷ Rosewitz/Schimank 1988, 325; Scharpf 1991, 622; Hartmann 2002.

über die erforderlichen Steuerungsmedien um seine Entscheidungen durchzusetzen.³⁸ Der Befund, dass das politische System das Gesundheitssystem nicht „verstehe“, stellte dessen Kompetenz bezüglich der Funktionsweise des Gesundheitssystems in Frage. Die Feststellung, dass der Staat überdies nur noch verhandeln könne, statt zu regulieren, zog seine Steuerungsfähigkeit in Zweifel.

Ogleich die Politikwissenschaft für sich die Frage nach der Problemadäquanz politischer Entscheidungen negativ beantwortete und damit den Anschluss in der Reformdebatte aufgab, hinterließ sie doch analytische Kategorien, welche für empirische Analysen weiter verwandt werden können.³⁹

Abbildung 3: Staatliche Steuerungsfähigkeit und ihre primären Voraussetzungen

		Durchsetzungsfähigkeit	
		hoch	gering
Strategiefähigkeit	hoch	+	+/-
	gering	+/-	-

Quelle: Noweski 2004a, 19

Abbildung 4: Problemlösungsfähigkeit politischer Entscheidungen und ihre primären Voraussetzungen

		Steuerungsfähigkeit	
		hoch	gering
Evidenzbasierung	stark	+	+/-
	gering	+/-	-

Die ganz überwiegend negative Bilanz der Politikwissenschaft bezüglich der Wirkungen politischer Entscheidungen wurde von denjenigen nicht geteilt, die enger mit dem Steuerungsobjekt in Kontakt stehen, bzw. von gesundheitspolitischen Entscheidungen selbst betroffen waren. Gesundheitssystemforscher, insbesondere Mediziner und Ökonomen, nahmen die durch Reformen veränderten Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems insbesondere durch neue Vorschriften (z. B. zu Qualitätskontrollen) und geänderte Finanzströmen (ökonomische Anreize durch Änderungen im Honorarsystem oder erhöhte Zuzahlungen) zur Kenntnis. Gesundheitssystemforscher, welche auch Detailveränderungen im System erkennen können, weil

³⁸ Marin/Mayntz 1991; Rosewitz/Schimank 1988, 323; Perschke-Hartmann 1994.

³⁹ Zu Abbildung 3 und 4 vgl. Mayntz 1997, 194.

sie persönlich teilnehmen, oder zumindest über einen langen Zeitraum mit dem Untersuchungsgegenstand vernetzt sind, erkannten viel mehr als Politikwissenschaftler die Dynamik im Gesundheitssystem, weswegen sie sich auch in der Forschung problemorientiert betätigen. Eine resignative Haltung bezüglich der Veränderbarkeit der Verhältnisse kann in der Gesundheitssystemforschung vor dem Hintergrund der lebhaften und expandierenden Forschung nicht festgestellt werden. Die unmittelbare Anschauung der Problemlagen lässt diese vielmehr eine kritische und auf Problemlösung gerichtete Haltung einnehmen.

Durch eine geänderte Form von Implementationsforschung könnten sich Politikwissenschaftler in diesen Reformdiskurs integrieren. Einmal müsste untersucht werden, ob der Problembezug politischer Entscheidungen gewährleistet ist (evidenzbasierte Politik). Zweitens wäre zu klären, ob die Umsetzung von Maßnahmen im System gelingt (Steuerungsfähigkeit). Der Politologe mag weiterhin den Erfolg von Gesundheitsreformen an der Durchsetzung der Maßnahmen messen. Der Gesundheitspolitologe sollte hingegen Gesundheitsreformen an deren Wirkungen auf die Performanz des Gesundheitssystems messen (Problemlösungsfähigkeit). Maßstab für die Kritik sind hier nicht mehr die politischen Programme, sondern vorpolitische Performanzkriterien.⁴⁰

Die Frage, ob das Gesundheitssystem durch politische Entscheidungen überhaupt noch gesteuert werden kann, sollte neu aufgerollt werden. Die allgemein akzeptierten Thesen, dass die Leistungserbringung ökonomisiert werde oder die Beitragssätze ohne die zurückliegenden Gesundheitsreformen heute viel höher wären, geben erste empirische Hinweise darauf, dass politische Entscheidungen, also jene von Staat und Verbänden, durchaus Wirkungen im Gesundheitssystem auslösen. Solche empirischen Hinweise werden insbesondere dann sichtbar, wenn politikwissenschaftliche Analysen die Forschungsergebnisse der übrigen Disziplinen der Gesundheitssystemforschung⁴¹ zu Kenntnis nehmen und dadurch einen detaillierteren Einblick in die Wirkungen von Gesundheitsreformen gewinnen.

Gesundheitspolitologen sollten aus den Befunden zur Problemadäquanz politischer Entscheidungen Empfehlungen ableiten. Bezüglich der Defizite bei der Implementation gesundheitspolitischer Programme bedarf es der Vorschläge, wie das Steuerungssystem zu reformieren ist.⁴² Hinsichtlich der Evidenzbasierung politischer Entscheidungen bedarf es zunächst der langfristigen Beobachtung der Entwicklung von Gesundheitszuständen und ihren Determinanten, also der Performanz des Gesundheitssystems im weitesten Sinne, durch die Gesundheitssystemforschung.⁴³ Hernach ist der Einfluss politischer Entscheidungen auf die Performanz des Systems durch die Gesundheitspolitologie auszuwerten und zu kritisieren.⁴⁴ Neben der Frage der Steuerungsfähigkeit politischer Akteure werden nun insbesondere die Vorausset-

⁴⁰ Als Beispiel vorpolitischer Performanzkriterien sei auf die „Gesundheitsziele“ verwiesen. Diese werden zunächst durch Epidemiologen als unbefriedigte medizinische Bedarfe festgestellt und von weiteren Gesundheitssystemforschern wissenschaftlich erörtert. Erst danach werden sie im politischen System diskutiert.

⁴¹ Zum Beispiel Simon 2001.

⁴² Zum Beispiel Noweski 2004a, 98-110; Engelmann 2004.

⁴³ Kindig et al. 2003; Arah et al. 2003.

⁴⁴ Zum Beispiel. Doran/Whitehead 2003.

zungen für evidenzbasierte Politik⁴⁵ zum Untersuchungsgegenstand von Gesundheitspolitologen sowie die Frage der politischen Chancen problemadäquater Reformkonzepte.⁴⁶

9 Was sind die Methoden der Gesundheitspolitologie?

Die Methodendiskussion kann an dieser Stelle natürlich nicht vorweggenommen werden. Es können aber Beispiele politikwissenschaftlicher Forschung angeführt werden, die sich der transdisziplinären Ebene der Gesundheitssystemforschung nähern. Einige neuere Politikfeldanalysen behandeln die Auswirkungen der Entscheidungsprozesse im Regierungssystem auf Gesundheitszustände,⁴⁷ kritisieren den Machtmissbrauch der ärztlichen Profession⁴⁸ und beobachten die Einflussnahme der Arbeitgeber⁴⁹ und der Finanzierungsträger⁵⁰ auf Gesundheitsreformen. Bei Leistungsvergleichen der verschiedenen Gesundheitssysteme führen die Autoren zunehmend Merkmale des Steuerungssystems und epidemiologische Performanzkriterien zusammen.⁵¹ Gerade umfassend angelegte Vergleiche, die alle Ebenen vom Regierungssystem, über die Regulierungsträger und das Versorgungssystem bis hin zu den Gesundheitszuständen der Bevölkerungsgruppen kritisch durchleuchten, bieten noch reichlich Potenzial zur Kooperation.⁵² Dass in Großbritannien kürzlich ein Lehrbuch zur politikwissenschaftlich fundierten Analyse von Gesundheitspolitik erschienen ist,⁵³ spricht für die fortschreitende Institutionalisierung der Gesundheitspolitologie.

10 Selbstblockaden auflösen!

Dieser Aufsatz sollte nicht zuletzt deutlich machen, dass einige Routinen der deutschen Politikwissenschaft einer Beteiligung an der Gesundheitssystemforschung im Wege stehen. Abschließend möchten die Autoren vier Feststellungen treffen, die andere Politologen dazu anregen sollen, eine konstruktivere Rolle bei der Erforschung des Gesundheitssystems zu übernehmen.

Der tradierte Steuerungspessimismus der deutschen Politikwissenschaft darf nicht die Suche nach den Steuerungspotenzialen des Staates blockieren. Wie sich zeigte, können systemtheoretische Ansätze das Scheitern von Reformen erklären, sie lehren aber nichts über erfolgreiche Reformen, nicht zuletzt weil sie Handlungen politischer Akteure soweit abstrahieren, dass diese nicht mehr erkennbar sind. Ohne Akteursnetzwerke, die über Interessen, Programme

⁴⁵ Hanney et al. 2003; Nutbeam 2003; vgl. Rychetnik/Wise 2004.

⁴⁶ Zum Beispiel. Oberlander 2003.

⁴⁷ Flood et al. 2002.

⁴⁸ Neben den zahlreichen Beiträgen amerikanischer Soziologen aus politikwissenschaftlicher Sicht besonders interessant: Giaimo 2002 und Wilsford 1991.

⁴⁹ Martin 2000.

⁵⁰ Giaimo 2001.

⁵¹ White 1995; Flood 2002; Twaddle 2002; Schneider et al. 1994.

⁵² Länderprofile erstellen vor allem das „Observatory of Health Care Systems“ der WHO und der „Health-Policy-Monitor“ der Bertelsmann Stiftung. Vergleichende Analysen bieten der „World-Health-Report“ der WHO und die OECD.

⁵³ Buse et al. 2005.

und Machtpotenziale informieren, können keine Reformstrategien entwickelt werden und ist Politikberatung nicht möglich.

Das Problem der „Denationalisierung“ der Politik sollte nicht ungeprüft zu Steuerungspessimismus verleiten. Die Handlungsfreiheit der Bundesregierungen bei der Reform des Gesundheitssystems ist bisher weder von supranationalen Verhandlungssystemen (Europäische Union, Europäischer Gerichtshof) noch internationalen Organisationen (WHO) eingeschränkt worden. Die Standortkonkurrenz vor dem Hintergrund globalisierter Märkte wirkt sich auf die deutsche Gesundheitspolitik nur insofern aus, als neue finanzielle Belastungen für die Arbeitgeber vermieden werden sollen. Reformen innerhalb des gegebenen Budgets sind davon unbeschadet.

Versuche, die Reform des Gesundheitssystems mit Hilfe einer einzelnen Policy-Theorie zu analysieren, können nur eingeschränkt erfolgreich sein. Einzelne Theoreme erklären nur einzelne „passende“ Phänomene. Umfassende Politikfeldanalysen nehmen allerdings zahlreiche Phänomene und komplexe Wirkungszusammenhänge in den Blick. Es muss also versucht werden, die verschiedenen zeitlichen und institutionellen Ebenen des Politikprozesses in einer Analyse, mit einer Kombination geeigneter Theoreme zu erklären. Eine eklektische Vorgehensweise ist erforderlich, um sich den spezifischen Bedingungen des Politikfeldes anpassen zu können.

Politikberatende Forschung ist auf kreative Systementwürfe angewiesen. Utopische Zielvorstellungen jenseits der Einschränkungen politischer Durchsetzbarkeit dürfen nicht als naiv diskreditiert werden weil sonst der Blick auf langfristig realisierbare Optionen verstellt wird.

11 Literatur

- Alber, Jens (1988): Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich. Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 19, 116-150.
- Alemann, Ulrich von/Bernhard Wessels (Hrsg.) (1997): Verbände in vergleichender Perspektive. Beiträge zu einem vernachlässigten Feld. Berlin: Sigma.
- Arah, Onyebuchi A. et al. (2003): Conceptual framework for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*, 15/5, 377-398.
- Bandelow, Nils C. (1994): Ist Politik wieder autonom? Das Beispiel Gesundheitsreform. *Gegenwartskunde*, 43/4, 445-456.
- Bandelow, Nils C. (1998): Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Probleme, Erklärungen, Reformen. Opladen: Leske + Budrich.
- Bandelow, Nils C. (2003): Chancen einer Gesundheitsreform in der Verhandlungsdemokratie. *Aus Politik und Zeitgeschichte*. B33-34/2003, 14-20.
- Barlösius, Eva (2003): Multidisziplinarität, Interdisziplinarität und Transdisziplinarität. Internes Manuskript im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Bauch, Jost (2000): *Medizinsoziologie*. München: Oldenbourg.
- Becker, Antje (1991): Selbsthilfe, Selbstorganisation und staatliche Regulierung am Beispiel der AIDS-Politik in der Bundesrepublik Deutschland und den Niederlanden. Diplomarbeit am Otto-Suhr-Institut der Freien Universität Berlin.
- Beckmann, Dieter (1984): *Grundlagen der Medizinischen Psychologie*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Blanke, Bernhard/Christiane Perschke-Hartmann (1994): The 1992 Health Reform. Victory over Pressure Group Politics. *German Politics*, 3/2, 233-248.
- Buse, Kent/Nick Mays/Gill Walt (2005): *Making Health Policy*. Maidenhead: Open University Press.
- Czada, Roland (2000): Konkordanz, Korporatismus und Politikverflechtung: Dimensionen der Verhandlungsdemokratie, in: Everhard Holtmann/Helmut Voelzkow (Hrsg.): *Zwischen Wettbewerbs- und Verhandlungsdemokratie. Analysen zum Regierungssystem der Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- DGPH (Deutsche Gesellschaft für Public Health) (Hrsg.) (1999): *Public-Health-Forschung in Deutschland*. Bern: Hans Huber.
- Döhler, Marian/Philip Manow (1995): Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor, in: Renate Mayntz/Fritz W. Scharpf (Hrsg.): *Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung*. Frankfurt a. M.: Campus.
- Doran, Tim/Margaret Whitehead (2003): Do Social Policies And Political Context Matter For Health In The United Kingdom? *International Journal of Health Services*, 33/3, 495-522.
- Ebsen, Ingwer/Stefan Greß/Klaus Jacobs/Joachim Szecseny/Jürgen Wasem (2003): Zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit: Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Soziale Sicherheit*, 52/4, 128-132.
- Eichhorn, Peter/Hans-Jürgen Seelos/Matthias von der Schulenburg (Hrsg.) (2000): *Krankenhausmanagement*. München: Urban & Fischer.

- Engelmann, Fabian (2004): Vom Impfwesen zur Impfpolitik? Die Implementation des Infektionsschutzgesetzes in Brandenburg und Nordrhein-Westfalen am Beispiel der Masernschutzimpfung. Diplomarbeit am Otto-Suhr-Institut der Freien Universität Berlin.
- Frischenschlager, Oskar (Hrsg.) (1995): Lehrbuch der psychosozialen Medizin: Grundlagen der medizinischen Psychologie, Psychosomatik, Psychotherapie und medizinischen Soziologie. Wien: Springer.
- Flood, Colleen M. (2002): International Health Care Reform. A legal, economic and political analysis. London: Routledge.
- Flood, Colleen M./Mark Stabile/Carolyn Hughes Tuohy (2002): The Borders of Solidarity: How Countries Determine the Public/Private Mix in Spending and the Impact on Health Care. *Health Matrix. Journal of Law Medicine*, 12/2, 297-356.
- Geene, Raimund (2000): AIDS-Politik. Ein Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Giaimo, Susan (2001): Who Pays for Health Care Reform?, in: Paul Pierson (ed.): *The New Politics of the Welfare State*. Oxford University Press.
- Giaimo, Susan (2002): *Markets and Medicine. The Politics of Health Care Reform in Britain, Germany, and the United States*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Glaeske, Gerd/Karl W. Lauterbach/Bert Rürup/Jürgen Wasem (2001): Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik. Arbeitspapier zur Tagung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, "Mittel- und langfristige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens" am 05. Dezember 2001 in Berlin. www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/FES_PAPIER_LANG.pdf (06.03.2004).
- Hartmann, Anja (2002): *Zwischen Differenzierung und Integration. Die Entwicklung des Gesundheitssystems in den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland*. Opladen: Leske + Budrich.
- Hanney, Stephen R. et al. (2003): The utilisation of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Research Policy and Systems*, 1/2, 1-28.
- Haubrock, Manfred/Thomas Nerlinger/Hartmut Hagmann (2000): *Managed Care*. Bern: Hans Huber.
- Hollingsworth, J. Rogers/Jerald Hage/Robert A. Hanneman (1990): *State Intervention in Medical Care. Consequences for Britain, France, Sweden, and the United States, 1890-1970*. Ithaca: Cornell University Press.
- Howlett, Michael/M. Ramesh (2003): *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Toronto: Oxford University Press.
- Hurrelmann, Klaus/Ulrich Laaser (Hrsg.) (2003): *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa.
- Kemm, John (2003): Perspectives on health impact assessment. *Bulletin of the World Health Organization (BLT)*, 81/6. <http://www.who.int/entity/bulletin/volumes/81/6/en/kemm.pdf>
- Kindig, David et al. (2003): What New Knowledge Would Help Policymakers Better Balance Investments for Optimal Health Outcomes? *HSR: Health Services Research*, 38/6, 1923-1938.

- Kolip, Petra (2002): Entwicklung der Gesundheitswissenschaften in Deutschland: Ausgangspunkte, Definitionen und Prinzipien, in: Petra Kolip (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim: Juventa.
- Kühn, Hagen (2000): Ergebnisorientierung versus Wettbewerb in der medizinischen Versorgung, in: Ulrich Laaser/Andrea Schwalbe (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Von der Kosten- zur Nutzenorientierung. Lage: Hans Jacobs.
- Lauterbach, Karl W./Matthias Schrappe (Hrsg.) (2003): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Stuttgart: Schattauer.
- Lütz, Susanne (1995): Politische Steuerung und die Selbstregelung korporativer Akteure, in: Renate Mayntz/Fritz W. Scharpf (Hrsg.): Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Frankfurt a. M.: Campus.
- Marin, Bernd/Renate Mayntz (1991): Policy Networks. Empirical Evidence and Theoretical Considerations. Frankfurt a. M.: Campus.
- Martin, Cathie Jo (2000): Stuck in Neutral. Business and the Politics of Human Capital Investment Policy. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Mayntz, Renate (Hrsg.) (1992): Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl. Gütersloh: Verlag Bertelsmann.
- Mayntz, Renate (1997): Soziale Dynamik und politische Steuerung. Frankfurt a. M.: Campus.
- Mayntz, Renate/Bernd Rosewitz (1988): Ausdifferenzierung und Strukturwandel des deutschen Gesundheitssystems, in: Renate Mayntz/Bernd Rosewitz/Uwe Schimank/Rudolf Stichweh (Hrsg.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt a. M.: Campus.
- Müller, Rainer (2002): Gesundheitspolitik, in: Petra Kolip (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung. Weinheim: Juventa.
- Noweski, Michael (2004a): Der unvollendete Korporatismus. Staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens. Discussion Paper der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. SP I 2004-304.
- Noweski, Michael (2004b): Wer steuert das Gesundheitssystem? Ein Vergleich der Gesundheitspolitiken in Deutschland, Großbritannien und den USA. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Nutbeam, Don (2003): How does evidence influence public health policy? Tackling health inequalities in England. Health Promotion Journal of Australia, 14/3, 154-158.
- Oberender, Peter/Jochen Fleischmann (2002): Gesundheitspolitik in der sozialen Marktwirtschaft. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Oberlander, Jonathan (2003): The Politics Of Health Reform: Why Do Bad Things Happen To Good Plans? Health Affairs, Web Exclusive, August 27.
- Perschke-Hartmann, Christiane (1994): Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer. Opladen: Leske + Budrich.
- Rosenbrock, Rolf (1998): Gesundheitspolitik. Einführung und Überblick. Discussion Paper der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung P98-203.
- Rosenbrock, Rolf/Thomas Gerlinger (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Hans Huber.

- Rosewitz, Bernd/Uwe Schimank (1988): Verselbständigung und politische Steuerbarkeit gesellschaftlicher Teilsysteme, in: Renate Mayntz/Bernd Rosewitz/Uwe Schimank/Rudolf Stichweh (Hrsg.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme. Frankfurt a. M.: Campus.
- Rosewitz, Bernd/Douglas Webber (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt a. M.: Campus.
- Rudow, Bernd (2004): Das gesunde Unternehmen. Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen. München: Oldenbourg.
- Rüschmann, Hans et al. (1986): Verflechtungsanalyse des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland. Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel.
- Rychetnik, Lucie/Marylin Wise (2004): Advocating evidence-based health promotion: reflections and a way forward. *Health Promotion International*, 19/2, 247- 257.
- Scharpf, Fritz W. (1991): Die Handlungsfähigkeit des Staates am Ende des zwanzigsten Jahrhunderts. *Politische Vierteljahresschrift*, 32/4, 621-634.
- Schneider, Markus et al. (1994): Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich. Augsburg: BASYS.
- Schubert, Klaus/Nils C. Bandelow (Hrsg.) (2003): Lehrbuch der Politikfeldanalyse. München: Oldenbourg.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm et al. (1995): Gesundheitssystemforschung in Deutschland. Weinheim: VCH.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm/Reinhard Busse (2003): Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. 2. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm et al. (Hrsg.) (2003): Das Public Health Buch. 2. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Simon, Michael (2001): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen. Discussion Paper der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. P01-205.
- Stichweh, Rudolf (1994): Wissenschaft, Universität, Professionen. Soziologische Analysen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Thiemeyer, Theo (1986): Gesundheitsleistungen – Steuerung durch Markt, Staat oder Verbände? *Sozialer Fortschritt*, 35/5-6, 97-104.
- Twaddle, Andrew C. (ed.) (2002): Health Care Reforms around the World. Westport: Auburn House.
- Urban, Hans Jürgen (2003): Europäisierung der Gesundheitspolitik? Zur Evolution eines Politikfeldes im europäischen Mehrebenen-System. Discussion Paper der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. SP I 2003-303.
- Walter, Ulla/Walter Paris (Hrsg.) (1996): Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt. Meran: Alfred & Söhne.
- Webber, Douglas (1988): Krankheit, Geld und Politik: Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland. *Leviathan*, 16/2, 156-203.
- Webber; Douglas (1989): Zur Geschichte der Gesundheitsreformen in Deutschland – II. Teil:

Norbert Blüms Gesundheitsreform und die Lobby. *Leviathan*, 17/2, 262-300.

White, Joseph (1995): *Competing Solutions. American Health Care Proposals and International Experience*. Washington, D.C.: The Brookings Institution.

Wilsford, David (1991): *The Politics of Health Care in France and the United States*. Durham, NC: Duke University Press.