

159 160
Schriftenreihe "Gesundheit – Arbeit – Medizin"
Sonderausgabe

157

Uwe Helmert
Bernard Braun
Dietrich Milles
Heinz Rothgang (Hg.)

Gesundheitspolitik, Arbeits- und Sozialmedizin

Festschrift für Rainer Müller

Wirtschaftsverlag NW
Verlag für neue Wissenschaft



Bremerhaven
2007

Inhalt

Vorwort	7
<i>Dietrich Milles</i>	
Durchwachsen. Zum Aufbau der Gesundheitswissenschaften an der Universität Bremen	9
<i>Dieter Borgers</i>	
Die „Relativitätstheorie“ des kardiovaskulären Risikos. Ein neues Verständnis und seine klinisch-epidemiologischen Grundlagen	41
<i>Uwe Helmert, Gerd Marstedt</i>	
Gar nicht krank ist auch nicht gesund. Gesundheit und Krankheit von A-Z	54
<i>Marcus Kahrs</i>	
Gesundheitskompetenz. Individuelle Fähigkeiten als Grundlage selbstgesteuerten Gesundheitshandelns	59
<i>Frauke Koppelin</i>	
Prävention und Gesundheitsförderung in wohlfahrtsstaatlichen Arrangements	75
<i>Walter Samsel</i>	
Herzsport in Oldenburg	93
<i>Thomas Schulz</i>	
Leben im Wettbewerb. Körpermodellierung in neoliberal geprägten Zeiten	129
<i>Eva Senghaas-Knobloch</i>	
Konjunkturen und Leidenschaft. Arbeit als Gegenstand der Arbeits- und Gesundheitsforschung	147
<i>Wolfgang Hien</i>	
Betriebsmedizin muss „vor Ort“ sein. Die neue Gefahrstoffverordnung weist der Arbeitsmedizin eine deutlich erweiterte Aufgabenstellung zu	161

Wolfgang Ritter, Stephanie Pöser, Joachim Larisch

Sicherheit und Gesundheit als wertschöpfendes und
lernendes Netzwerk am Beispiel der Bauindustrie.....177

Bernard Braun

Alles Müller oder was!? 30 Jahre Gesundheitsberichterstattung
mit Prozessdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Bremen197

Gerd Glaeske

Unverzichtbare Trias. Qualität, Ethik und Ökonomie –
Kriterien zur Steuerung eines solidarischen Gesundheitswesens221

Melanie Rosenwirth, David Klemperer, Uwe Helmert, Bernard Braun

Shared Decision Making.
Ergebnisse des Bertelsmann Gesundheitsmonitors239

Lars Borchert, Heinz Rothgang

Pflegeheime und Sterblichkeit: Immer älter und gebrechlicher ins Heim?.....255

Wolfgang Voges

Soziale Unterschiede der Suizidalität im Alter.....269

Ellen Kuhlmann

Gesundheitsreformen aus der Genderperspektive283

Rolf Müller

Die Bedeutung der GKV-Daten für die Gesundheitsberichterstattung299

Petra Buhr

Experiment DRG. Experiment DRG-Forschung. Wie kann man die Folgen
der Einführung von Fallpauschalen für die Versorgungsqualität messen?.....319

Norbert Schmacke

Kann man Gesundheitspolitik verstehen?341

Magnus Müller-Lüdenscheidt

Der Sozialforscher351

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren366

Kann man Gesundheitspolitik verstehen?

Norbert Schmacke

Vorbemerkung

Wenn man wie der Autor darum bemüht ist, Studierende der Gesundheitswissenschaften auch mit gesundheitspolitischen Fragestellungen, Handlungsstrukturen und Gesetzesnormen vertraut zu machen, stellt sich rasch die Frage, ob hinter der sich wandelnden Rhetorik der Politik und der nicht leicht zu lesenden Diktion der Sozialgesetzgebung Verständnisszusammenhänge entdeckt werden können, deren Kenntnis vor einer problematischen Politik(er)verdrossenheit schützen können. Die Annäherung an die Frage erfolgt in mehreren Etappen.

Klassische Modelle der Politikanalyse

Politik ist aus systemtheoretischer Sicht als Steuerungs- oder Regulierungsversuch in häufig hochkomplexe gesellschaftliche Felder hinein zu verstehen. Das gewissermaßen notorische Scheitern "durchgreifender" Reformen wird dabei nach folgenden Mustern gedeutet: Auf der Mikroebene spricht man von der begrenzten Rationalität der Entscheidungsträger (bounded rationality nach Simon 1957), auf der Mesoebene wirken die Probleme kollektiven Handelns (collective-choice-problem nach Arrow 1963), auf der Makroebene wird generell die Steuerbarkeit von Gesellschaften angezweifelt (piecemeal technology nach Popper 1972; Darstellung soweit modifiziert nach Wiesenthal 2001). Luhmann sprach von der "Tragik der toten Hände" (1989: 6). Im Resultat lässt sich Politik als Prozess des Sich-Durchwurstelns verstehen (Muddling Through nach Lindblom 1957 und Bendor 1995). Dieser Ansatz geht von der Frage aus, ob Politik und Wirtschaft im Falle von erkennbarem Reformbedarf besser beraten sind, auf den "big bang" zu setzen oder auf inkrementelle Schritte: eben den so genannten mühsamen Prozess des "muddling through". Immer wenn schwierige Abwägungsprozesse vorliegen, so diese Theorie, ist das Sich-Durchwursteln Erfolg versprechender als der große Schlag. Anders formuliert: die häufig erwünschten "radikalen" Reformen garantieren keine besseren Resultate als die Politik der kleinen Schritte. Die "big bangs" erzeugen große Mengen an unvorhergesehenen "Nebenwirkungen" und können

die Probleme, die gelöst werden sollten, (häufig unbeabsichtigt) weiter verschärfen. Eine andere Theorie hat für die Bemühungen der Reform von komplexen Organisationen die Metapher des Mülltonnen-Modells geprägt (Garbage Can Model nach Cohen et al. 1972). In komplexen Organisationen - wie den kurativen Gesundheitssystemen - wirken politische Entscheidungen aus der Distanz häufig irrational, wirken nach dem Prinzip "erst handeln, dann nachdenken", wirken unlogisch usw. usf. Das Garbage Can Modell (GCM) geht von der Annahme aus, dass ein bestimmtes Maß an organisatorischer Anarchie unabdingbar ist, wenn Elemente wie "Probleme klarer Präferenzen, Unklarheit über neue Technologien oder wechselnde Partizipation" bei Organisationsreformen wirkmächtig sind. Nach dem GCM produzieren komplexe Organisationen immer viele "Lösungen" für häufig zudem nicht adäquat verstandene Problemlagen. Sie operieren nach Versuch und Irrtum. Die Metapher "Mülltonne" meint: es kommt zu einer scheinbar ungeordneten Ansammlung von Problembeschreibungen und Lösungsvorschlägen. Die jeweilige "Mischung" hängt ab davon, wie viele "beschriftete Mülltonnen" vorhanden sind, wie es um die Kreativität der Müllproduzenten aussieht und wie groß die Geschwindigkeit der Müllentsorgung ist. Schließlich kann davon ausgegangen werden, dass gerade für das Gesundheits- resp. Krankenversorgungssystem das Prinzip "Handeln unter Unsicherheit resp. Ungewissheit" (Hunter 1980) gilt.

Hunter berichtet über eine zweijährige Feldstudie innerhalb der Scottish Health-Boards. Beobachtet wurde der Umgang mit der Verteilung von sog. Development Funds ("frisches Geld") in zwei lokalen Health-Boards unter der übergeordneten Frage: wie zentralistisch ist das schottische System organisiert? Der Eindruck bestand, dass die Ungleichheit innerhalb einer Region größer ist als die Ungleichheit zwischen Regionen. Die Antwort ist deshalb: viel dezentraler als gedacht. Es interessierte zweitens die Frage, warum die Akutmedizin traditionell den größten Teil der Ressourcen für sich beansprucht, während so genannte "Cinderella Sectors" wie Geriatrie, Psychiatrie und Einrichtungen für geistig Behinderte mehr Anstrengungen unternehmen müssen, ausreichend ausgestattet zu werden.

Einige möglicherweise verallgemeinerungsfähige Ergebnisse dieser qualitativen Studie:

- ▶ Etablierte Institutionen mit ihrem angestammten Personal neigen zur Ausdehnung und Arrondierung: "Priorities by decibels".
- ▶ Nicht-Entscheidungen sind oft bewusste Entscheidungen (Vermeidung von

Stress bzw. Angst vor falschen Entscheidungen): "Es ist manchmal leicht zu wissen, was man nicht tun sollte, aber es ist selten klar, was man denn tun sollte, oder was man tun kann".

- ▶ Muddling Through ist im Alltag unumgänglich, um überhaupt Beweglichkeit unter Beweis zu stellen ("disjointed incrementalism").
- ▶ Es scheint ein ehernes Gesetz zu geben, wonach "mehr vom selben" leichter zu realisieren ist als "Aufbrüche zu neuen Ufern".
- ▶ Coping-Strategien in dieser Zwickmühle heißen: Fair Shares - Festhalten am Status Quo - Orientierung an der Frage der Vertrauenswürdigkeit - Orientierung an der Frage: Wer überlebt unbequeme Entscheidungen wie Budgetkürzungen am ehesten?
- ▶ Politik ist einer Art grenzenlosem "Wunschzettel" der Anbieter ausgesetzt, die alle "Unterversorgung" reklamieren: diese Vielzahl von Begehrlichkeiten ist schwer in ein konsistentes Konzept umzugießen.

Diese Fallstudie untermauert in besonders eindrucksvoller Weise, dass Systemtheoretiker wie Luhmann auch unbeschadet des Mangels eigener empirischer Untersuchungen relevante Mechanismen von Politik auch für den Gesundheitsbereich "erahnt" und beschrieben haben. Dies gilt dann wohl auch für folgende Quintessenz: "Manche fordern daraufhin die Allzuständigkeit der Politik, andere wollen aussteigen. Beides ist nicht möglich" (Luhmann 1984: 645). An anderer Stelle formulierte Luhmann: "Mein Argument ist nun nicht, dass Steuerung ein schrecklicher Irrtum ist und besser unterbleiben sollte. Aber wir brauchen eine Theorie, die derartige Probleme wenigstens erfassen, wenigstens darstellen, wenigstens in Kommunikation bringen kann" (1989: 7). Luhmann hat schließlich vor mehr als zwanzig Jahren in einem Kolloquium zur Begriffsfigur der Anspruchsspirale im Gesundheitssystem das Bild des Heuschreckenflugs verwendet: "Das Prinzip eines Selbstantriebs, das in der Erzeugung von Ansprüchen zur Erfüllung von Ansprüchen liegt, ist auch sonst geläufig. Wir können es im Hinblick auf einen bekannten Fall als Prinzip des Heuschreckenflugs charakterisieren" (1983: 37). Luhmann stützte sich dabei auf die Theorie, dass es ein positives Feedback zwischen externem Luftzug, Ingangsetzen der Flügelbewegung der Heuschrecke und dadurch induziertem selbsterzeugten Luftzug gebe, wodurch die Heuschrecke sy-

stemnotwendig gezwungen sei, so lange zu fliegen, bis ihr die Energie ausgehe. Selbstreferentialität, Autopoiese sind verwandte Begriffe für derartigen Selbstantrieb. Für politische Akteure gilt insofern abgewandelt das Brechtsche Wortspiel: "Der Mensch denkt - Gott lenkt" - "der Mensch denkt: Gott lenkt. "

Hodgkin (1996: 1568) hat die These aufgestellt, dass die Medizin im postmodernen Zeitalter gewissermaßen ratlos geworden sei. Zahlreiche, das System stabilisierende Mythen seien zusammengebrochen: "Doctors battled against death and disease, we lived under the one true church of the NHS, and science lit the way to a world of health for all. Today these comforting narratives are less believable". Diese neue Ratlosigkeit oder Unübersichtlichkeit macht es der Gesundheitspolitik vielleicht besonders schwer, die viel beschworene Balance von Qualität und Wirtschaftlichkeit mit der notwendigen Schärfe ins Visier zu nehmen. Eine Lanze für das Prinzip des Muddling Through hat im Kontext befürchteter wie realer Rationierungsnotwendigkeiten Mechanic 1997 in einem viel zitierten Aufsatz gebrochen. Er geht davon aus, dass mit der rule of rescue (eine konstante Präferenz für lebensrettende Maßnahmen ohne Betrachtung ihrer Kosten und Chancen) und dem enormen ökonomischen Potenzial des Gesundheitswesens zwei extrem mächtige Fakten geschaffen sind, welche rationale Politikberatung hochgradig erschweren. Das für ihn unvermeidliche Rationieren in der medizinischen Versorgung könne deshalb nur mittels eines eleganten muddling through funktionieren, wobei das ethisch vertretbarere explizite Rationieren noch schwerer zu realisieren sei als das implizite, von den Patienten nicht auf den ersten Blick bemerkbare Rationieren. Diese nicht zynisch gemeinte Bilanz des erfahrenen Systemforschers Mechanic weist den Weg zur nächsten Frage, an welchen Kriterien Gesundheitspolitik denn gemessen werden kann.

Kriterien für die Bewertung von Gesundheitspolitik

Leicht wird der Vorwurf erhoben, Gesundheitspolitik sei nicht professionell und nicht nachhaltig genug, Beispiele sind tatsächlich auch schnell gefunden. Hier soll ein anderer Weg beschritten werden, nämlich nach den Freiheitsgraden des Handelns in wichtigen, ausgewählten Politikfeldern zu fragen.

Versteht Politik die drängenden und dringlich gemachten Problemstellungen?

Man darf verlangen, dass Gesundheitspolitik eine Prioritätenliste nach transparenten Kriterien entwickelt und abarbeitet. Nimmt man das Beispiel des demogra-

phischen Wandels und die damit zusammen hängenden Fragen veränderter Morbidität, so wird man feststellen, dass Politiker aller Couleur vom Schreckensbild einer überalterten Gesellschaft mit dramatischen Kostenschüben für die Versorgung geprägt sind. Demographie und Innovation gerinnen gewissermaßen zu den Symbolbegriffen für den Topos "Unlösbarkeit der Probleme". Dieser Tenor wird nun nicht nur in der Politik angestimmt, er beherrscht weithin die öffentliche Meinung und nicht unwesentliche Bereiche der Wissenschaft. Als Kontrapunkt hat "moderne" Gesundheitspolitik schier unerschöpfliche Potenziale entdeckt, die angeblich durch Prävention gehoben werden können. Während man die Präventionsfrage relativ leicht unter der Überschrift "gern gehörte Botschaften" abbuchen kann, wird man im Falle des demographischen Wandels wohl sagen müssen, dass hier schlicht mit hoch plausiblen Annahmen operiert wird, die sich gegen jede gegentendenzielle Beratung als resistent erweisen: Alter, Kosten, Tod passen gefühlt ideal zusammen.

Versteht Politik den zugehörigen rechtlichen Rahmen?

Die Welt der Gesetze und Verordnungen ist für die Parlamentarierinnen und Parlamentarier gleichermaßen vertrautes Gelände wie ein unendliches Minenfeld. Für Gesundheitspolitik im speziellen dürfte gelten, dass der Kreis derjenigen gewählten Volksvertreter, welche das Sozialgesetzbuch V auch nur im Groben verstehen, sehr überschaubar ist. Aber auch die kleine Schar der Insider ist in hohem Maße von den Fachbeamtinnen und -beamten abhängig. Setzen sie sich über deren Expertise hinweg, laufen sie Gefahr, dass sie Gesetzesformulierungen erwirken, deren Reichweite sie nicht verstehen, und das weit jenseits des unvermeidlichen Problems der "unerwünschten Nebenwirkungen" gesetzlicher Neuregelungen. Je weiter entscheidungsfreudige Politikerinnen und Politiker von der Gesetzesmaterie entfernt handeln, umso unübersehbarer werden die Folgeschäden. Viele Politiker haben absurderweise vielleicht das Prinzip des Muddling Through nicht richtig verstanden.

Kennt Politik die Kräfte, denen sie unweigerlich ausgesetzt ist?

Man ist wieder schnell dabei, der Politik den Vorwurf zu machen, vor dem Lobbyismus zu rasch zu kapitulieren. Damit sei die Frage bewusst beschränkt auf diejenigen Außeneinflüsse, die nicht dem genuinen Eigeninteresse von Parlamentarierinnen und Parlamentariern entsprechen - man könnte einen derartigen Zusam-

menhang bei der Frage der Privilegierung der Privaten Krankenversicherung begründet unterstellen. Lobbyismus hat nun automatisch einen negativen Beigeschmack, obwohl die Versuche der Einflussnahme auf Politik schlicht jeder Gesellschaft zugehörig sind und nicht per se moralisch verurteilt werden können. Es geht vielmehr konkreter um die Frage, ob die Interessengeleitetheit von Empfehlungen und Expertisen mit ausreichender Klarheit thematisiert und hinterfragt wird. Dies ist mit Sicherheit nur unzureichend der Fall. Es dürfte im Falle von Aushandlungsprozessen zu gesundheitsrelevanten Innovationen auch besonders schwer sein, aus einer prinzipiellen Vorsicht so etwas wie begründete Skepsis werden zu lassen. Zu groß und gewaltig ist das Heer der treuherzig auftretenden "Mietmäuler", die alle erläutern, wie die Menschheit gerettet und gleichzeitig Kosten gespart werden können. Zum Thema Bringschuld der Wissenschaft gehört hier die bittere Wahrheit, dass viele Wissenschaftlerkarrieren auf genau den Partikularinteressen aufbauen, welche aufrechte Parlamentarierinnen und Parlamentarier tunlichst abwehren sollten. Am mächtigsten ist am Ende aber vielleicht doch die Macht der Professionen, allen voran der Ärzteschaft, so sehr diese jetzt auch das Klagelied verloren gehenden Einflusses singt. Es ist schwer und eine gewaltige Herausforderung, gegen Experten zu debattieren, die öffentlich den Vorwurf erheben, Politik verhalte sich gegenüber vermeidbarem Sterben gleichgültig. Man spricht im Insider-Jargon vom "Wedeln mit dem Leichentuch".

Ist Politik befähigt, Ziele und Prozesse fair zu kommunizieren?

Politik lebt davon, sich von "Gegnern" abzugrenzen und im Rhythmus der Legislaturperioden Wählerstimmen zu akkumulieren. Man kann dies der Politik nicht fundamentalistisch zum Vorwurf machen. Im Falle des Redens über Vermeidung von Krebs oder Herzinfarkt verführen diese Spielregeln allerdings zu problematischen Vereinfachungen und unhaltbaren Versprechungen. Es kommt hinzu, dass regionalpolitische Verpflichtungen von Politikerinnen und -politikern (Stichwort "Sicherung von Arbeitsplätzen") nicht selten bundespolitische Entscheidungen bzw. Weichenstellungen konterkarieren. Die Umsetzung des neuen Vergütungssystems im Krankenhausbereich (Diagnoses related groups) wird noch manches Anschauungsmaterial liefern, wie Bundestagsabgeordnete ihr Herz für Standortpolitik entdecken können. Zwei Herzen schlagen auch bei Gesundheitspolitikerinnen und -politikern oft in einer Brust: will ich ein kosteneffektives und qualitätsgesichertes System oder will ich Wirtschaftsförderung an die Nummer eins meiner Agenda setzen?

Versteht Politik den Diskurs um Rationierung und Rationalisierung?

Die Regel ist, dass Politik in der öffentlichen Darstellung der Devise folgt "Für Gesundheit darf uns nichts zu teuer sein". Auf die Bedeutung eben dieses Topos hat Mechanic hingewiesen: die rule of rescue übertrumpft im Zweifel jede rationale Debatte um den Nutzen von Behandlungsverfahren, da selbst bei minimalem oder fehlendem Nutzen mit der Frage "Wollt Ihr den Tod einkalkulieren?" operiert werden kann. Es ist bislang in Deutschland praktisch unmöglich, über Rationierung von Leistungen "vernünftig" zu reden, nämlich getragen von einer im Grunde leicht zu verstehenden ökonomischen Grundwahrheit, derzufolge es keine Sättigungsgrenze für Leistungen im Medizinsystem gibt und das Prinzip der Opportunitätskosten ("Kosten der Reue") umso schmerzhafter greift. Rationierung ist bislang fast ausschließlich ein Kampfbegriff von Interessengruppen, die eigene Einkommensverluste befürchten oder wettmachen wollen. Es gibt keine Untersuchung zu der Frage, ob Parlamentarierinnen und Parlamentarier mit den Begriffen Rationierung und Opportunitätskosten etwas anfangen können: das wäre eine interessante Studie.

Transferleistungen der Wissenschaft

Wenn Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler Vorwürfe an die Politik richten, müssen sie sich fragen lassen, wie es um ihre Bringschuld bestellt ist, das Prinzip Aufklärung genügend bedient zu haben. Die Fragestellung soll wiederum reduziert werden auf diejenigen, die tatsächlich an wissenschaftlich begründeter Beratung interessiert sind. Wie sieht es mit der Debatte um den demographischen Wandel und seine "Kosten" aus? Wenn man einmal als wichtigen Punkt die These von der Kompression der Morbidität herausgreift, so stellen sich mindestens zwei Fragen. Exemplarisch ist zu beleuchten, ob Wissenschaft tatsächlich ihre Möglichkeiten ausschöpft, komplizierte epidemiologische Zusammenhänge so zu übersetzen, dass Politik sie aufgreifen kann. Diese Frage wird nicht selten negativ zu beantworten sein. Dazu gehört vielleicht auch die Auseinandersetzung mit der Tatsache, dass "gefühlte" Evidenz (hier: Überalterung der Gesellschaft induziert zwangsläufig eine Kostenlawine) nicht allein mittels biometrischer Daten widerlegt werden kann. Die immanente Frage lautet: gibt es wirklich seriöse Prognosen der Kostenentwicklung in einer Gesamtbetrachtung von Medizin und Pflege in Abhängigkeit von der Altersstruktur und der Wirtschaftskraft der entwickelten Industrienationen? Mit diesem geäußerten Zweifel wird die Bedeutung der Kom-

pressionsthese nicht geschmälert. Zweite Frage: werden der Politik die Ansätze der evidenzbasierten Medizin (EbM) in angemessener Weise nahe gebracht? Anders formuliert: woher sollten Politikerinnen und Politiker die Kompetenzen schöpfen, Grundprobleme der Wahrscheinlichkeitstheorie und der darauf fußenden Nutzen- und Schadensberechnungen für neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren zu verstehen? Dass EbM Einzug in die Regulierungsmechanismen des SGB V gefunden hat, ist unzureichend, obgleich die Tatsache an sich, anderen Erwartungen zum Trotz, für eine enorme Lernfähigkeit von Politik spricht. Sinnvoll wäre es Politikerinnen und Politiker zu schulen, aber dies ohne Vorwurfsattitüde und ohne utopische Erwartungen an vorhandene Zeitbudgets. Interessiert sich Wissenschaft für derartige Transferprobleme überhaupt? Interessiert Wissenschaft sich im erforderlichen Maß für nachhaltige Politik- (notabene nicht Politiker-) beratung? Wie kann ich seriöse von tendenziöser Politikberatung unterscheiden? Will Wissenschaft die unvermeidliche Frustration ertragen, die mit nachhaltiger Politikberatung verbunden ist?

Eine vorläufige Antwort

Zurück zur Ausgangsfrage, ob man Gesundheitspolitik verstehen kann. Die Frage ist eindeutig zu bejahen, wenn man sich nicht von den Irrungen und Wirrungen der Tagespolitik zu sehr irritieren lässt. Auch das Gerangel um die aktuelle Stufe der Gesundheitsreform im Jahr 2006 lässt sich politikwissenschaftlich verstehen. Wobei deutlich wird, dass diese "Reform" wohl primär dem Versuch der Stabilisierung der Großen Koalition dienen sollte und nicht an einen konsistenten gesundheitstheoretischen Diskurs anknüpfte. Fachliche und wissenschaftliche Beratung war nicht gefragt. Hinter den paralysierenden Debatten im Sommer und Herbst 2006 zur nächsten Stufe der Gesundheitsreform bleibt fast verborgen, dass Grundfragen der Einnahme- wie der Ausgabenseite der gesetzlichen Krankenversicherung einer Lösung harren und gleichzeitig bereits möglicherweise in bedenklicher Weise über die laufende Legislaturperiode hinaus vorentschieden sind. Dies gilt insbesondere für den Trend, die Risiken der Ausgabenseite immer stärker den Versicherten und den chronisch Kranken zu überantworten. Dem stehen, in Tradition des vorhergehenden Reformgesetzes, sinnvolle Ansätze des Gesetzgebers im Bereich der Qualitätssicherung und des Anreizens integrierter Versorgungsformen in einer nach wie vor stark zergliederten Versorgungslandschaft gegenüber (Schmacke 2005). Prima vista sehr verwirrend ist, dass Politik hierbei einerseits dem Zeitgeist folgt und unkritisch auf den Markt setzt und andererseits in schein-

barem Widerspruch dazu starken Einfluss auf die Regulation des Gesundheitsmarktes ausüben möchte. Am Ende kann wohl nur die aufmerksame Beobachtung des realen Geschehens im Versorgungsalltag helfen, vermeintliche von tatsächlichen Widersprüchen zu unterscheiden. Möglicherweise öffnet der Staat wissend oder unwissend in seinem Bedürfnis nach stärkerem Einfluss auf den Ein- und Ausschluss von Leistungen im System die Tore für nicht ausreichend belegte Innovationen so weit, dass der zeitgleich de jure gestützte Versuch einer Evidenzbasierung des Leistungsgeschehens konterkariert wird. Dann landete man bei einer trivialen Erkenntnis, dass in ganz anderer Weise als häufig vermutet die Ökonomie natürlich sehr mächtig ist: das Clinton'sche "it's the economy, stupid" feierte demnach fröhlich Urstände. Diese Denkfigur findet ihren Ausdruck in der auch von namhaften Experten nicht selten geäußerten, fast verzweifelten Frage: "Warum soll man denn ausgerechnet im Gesundheitswesen so genau nach der Qualität fragen - es ist doch der einzige gut funktionierende Motor der Wirtschaft". Dieser unterschiedliche Blick auf das Gesundheitswesen sorgt am Ende wohl für das Tohuwabohu, das viele Beobachter der Tagespolitik immer wieder aufs Neue verwirrt.

Es stellt sich ernsthaft die Frage, ob dies für Forschung und Lehre ein Grund sein kann, sich quasi entsetzt von der Gesundheitspolitik abzuwenden und sie als verlorenes Gelände zu betrachten. Das wäre dann eben so kurzatmig wie unpolitisch. Wissenschaft unterscheidet sich von Politik im allerbesten Sinne nicht zuletzt dadurch, dass sie ihre Horizonte und Erfolge nicht an fixen Zeiträumen wie den Legislaturperioden orientiert. Die Bemühungen um eine wissenschaftlich fundierte Verbesserung der medizinischen, pflegerischen und psychosozialen Versorgung der Bevölkerung können am Ende wirklich nicht davon abhängig gemacht werden, ob Politik sich phasenweise beratungsresistent zeigt. Es lohnt sich, die Gesetze der Gesundheitspolitik zu verstehen, weil es vor Enttäuschungen genauso schützt wie vor einer Überbewertung von Wissenschaft. Und es lohnt auch, über die Sünden von Experten nachzudenken, die selbst im Falle wohlmeinender, der wissenschaftlichen Redlichkeit verpflichteten Experten in Gefahr sind, bezüglich ihrer Beratungskompetenz überschätzt zu werden (Sackett 2000). Nicht zu sprechen von den Experten im Wissenschaftlergewand, die einem festen Auftraggeber verpflichtet sind. So dies nicht auf den ersten Blick erkennbar oder gar erwünscht ist, führt derartige Verbundenheit von Wissenschaft mit ökonomischen Interessen zum Pendant von Politikverdrossenheit: zur Wissenschaftsverdrossenheit der Politik. Auch hierüber muss man nachdenken, wenn man die Frage stellt, ob Gesundheitspolitik zu verstehen ist.

Literatur

- ▶ Arrow KJ (1963): Social Choice and Individual Values. New Haven: Yale University Press.
- ▶ Bendor JA (1995): Model of Muddling Through. American Political Science Review.
- ▶ Cohen MD & March JG & Olsen JP (1972): Garbage Can Model of Organizational Choice. Administrative Science Quarterly 17: 1-25.
- ▶ Hodgkin P (1996): Medicine, postmodernism, and the end of certainty. British Medical Journal 313: 1568-1569.
- ▶ Hunter DJ (1979): Coping with uncertainty: decisions and resources within health authorities. Sociology of Health and Illness 1: 40-68.
- ▶ Lindblom CE (1959): The Science of Muddling Through. Public Administration Review 19: 79-88.
- ▶ Luhmann N (1983): Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Herder-Dornreich P & Schuller A (Hg.): Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt. Berlin: Kohlhammer: 28-49.
- ▶ Luhmann N (1984): Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- ▶ Luhmann N (1989): Politische Steuerung: Ein Diskussionsbeitrag. Politische Vierteljahresschrift 30: 4-9.
- ▶ Mechanic D (1997): Muddling Through Elegantly: Finding The Proper Balance In Rationing. Health Affairs 16: 83-92.
- ▶ Popper KR (1972): The Poverty of Historicism. London: Routledge.
- ▶ Sackett DL (2000): The sins of expertness and a proposal for redemption. British Medical Journal 320: 1283.
- ▶ Schmacke N (2005): Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) und die Folgen für die Qualität der medizinischen Versorgung. Ein Beitrag zur Gesetzesfolgenabschätzung. Gesundheits- und Sozialpolitik: 11-17.
- ▶ Simon HA (1957): Models of Man. Social and Rational. New York: John Wiley & Sons.
- ▶ Wiesenthal H (2001): Systemwechsel als sozialwissenschaftlicher Großversuch: Zum Erkenntnisgewinn der Transformationsforschung. Festrede zur Eröffnungsveranstaltung des Sonderforschungsbereichs 580 "Gesellschaftliche Entwicklungen nach dem Systemumbruch" am 12. November 2001.