

von John Desmond Bernal, Albert Einstein und Pierre Joliot-Curie verstanden wurde, steigt, je mehr die Wissenschaft zur Produktivkraft wird. Unsere gesellschaftliche Einsicht sagt uns, daß wir dieser Verantwortung nicht als abgekapselte Gruppe der wissenschaftlichen Intelligenz, sondern dauerhaft erfolgreich nur an der Seite der Gewerkschafts- und Arbeiterbewegung nachkommen können. Das gilt auch für die medizinischen Berufe.

Es liegt viel Arbeit vor uns auf dieser Fachtagung und in den kommenden Jahren, und ich wünsche uns, daß wir an diese Arbeit in der gleichen Weise herangehen, wie es im Bund demokratischer Wissenschaftler seit einem Jahrzehnt zur Gewohnheit geworden ist: daß die Auseinandersetzung und das Gegenüber aller denkbaren verschiedenen Auffassungen in unserem möglichst weit gefächerten Meinungsspektrum zusammengefaßt werde in der Einhelligkeit des Eintretens für die Verbesserung der Gesundheits- und Lebenslage der Bevölkerung, für die Sicherung des Rechts auf Arbeit und des Rechts auf Gesundheit und für den demokratischen Fortschritt in der Bundesrepublik Deutschland.

Gesundheitspolitischer Arbeitskreis der BdWi-Sektion München

Perspektiven des Gesundheitspolitik

Die Gesundheitspolitik steckt in der Krise. Nicht nur in einer *finanziellen Krise* — auch in einer *politischen Krise*: in der Öffentlichkeit wächst das Unbehagen gegenüber der Institution Medizin: Hackethal sei hier nur als Stichwort erwähnt. Hinter der politischen Legitimationskrise des Gesundheitswesens wird eine grundlegende *Strukturkrise* deutlich: im Rahmen der kurativen Verarbeitung von Krankheit bieten sich keine erfolgversprechenden Reformstrategien für eine *grundlegende* Lösung der Probleme der Gesundheitsversorgung an. Prävention wurde zum neuen Schlagwort der Reformdiskussion, die in wachsendem Maße auch die Verursachung von Krankheit und Möglichkeiten zu ihrer Verhinderung thematisiert.

An diesem Punkt versuchen wir von der Münchner Sektion des BdWi mit dieser Fachtagung den im Gesundheitswesen arbeitenden Praktikern und Forschern Möglichkeiten zu verschaffen, sich in diese Diskussion einzubringen und die zentrale wissenschaftspolitische

und wissenschaftliche Herausforderung zur Entwicklung orientierender Perspektiven, alternativer wissenschaftlicher Ansätze und politischer Forderungen aufzunehmen. Die Verwissenschaftlichung der politischen Planung im Gesundheitswesen und die enge Verknüpfung wissenschaftlicher Fragestellungen mit administrativen Interessen macht eine grundlegende Neubestimmung der Ziele und Methoden der Gesundheitsforschung erforderlich. Die gängige Forschung geht von administrativ vorformulierten Problemwahrnehmungen aus, die Praxis des Gesundheitswesens orientiert sich fast ausschließlich an ihrer quantitativen Leistungsfähigkeit, die Bewertung des wissenschaftlichen Fortschritts bemißt sich vorrangig an den immer raffinierteren Methoden der Krankheitsbekämpfung. Die Effektivität der Gesundheitsversorgung wird vorwiegend nach dem Kriterium ihres Wachstums beurteilt. Erst die Präventionsdiskussion hat hier neue Akzente gesetzt.

Unser Ausgangspunkt bei dieser Diskussion ist der Versuch der Bestimmung eines *positiven Gesundheitsbegriffs*, mit dem wir uns explizit gegenüber der negativen Bestimmung von Gesundheit, die der heutigen Gesundheitspolitik zugrundeliegt, abgrenzen. Unsere Bezugsgröße ist nicht der eingetretene Krankheitsfall und der daraus resultierende Bedarf an gesundheitspolitischer Versorgung. Unsere Bezugsgrößen sind vielmehr die ursächlichen gesellschaftlichen Zusammenhänge, die die Lebenslage des Einzelnen und deren subjektive Wahrnehmung bestimmen. Gesundheitspolitik wird unter dieser Perspektive zur *Gesellschaftspolitik*. Der Perspektivenwechsel ist qualitativ: wir fordern nicht von der bestehenden Medizin mehr Leistungen, die ohnehin niemand zu bezahlen bereit ist. Unsere Vorstellungen richten sich auf *andere Prinzipien* der Gesundheitsversorgung, die sich an den Bedürfnissen aller Gesellschaftsmitglieder orientiert und diese bei der Zielformulierung und der Durchführung der Maßnahmen aktiv teilhaben läßt.

Damit sehen wir auch keine Lösungen in Reformstrategien, die den Schwerpunkt von der kurativen zur präventiven Gesundheitsversorgung allein in dem Sinne verlagern, daß Prävention entweder nur auf die Früherkennung beschränkt wird und damit wiederum bei der Krankheit ansetzt, oder daß die Prävention sich am individuellen Verhalten des Einzelnen festmacht, ohne die gesellschaftliche Verursachung dieses Verhaltens zu hinterfragen. Unser Anliegen ist vielmehr, sowohl für den *kurativen* Bereich, der nach wie vor *eine* Stütze des Gesundheitssystems bleiben wird, als auch für den *präventiven* Bereich Reformstrategien zu entwickeln. Solche Reformprojekte sind auf dem Hintergrund der gesellschaftlichen Bestimmtheit und der subjektiven Erfahrbarkeit von Lebenslagen zu erarbeiten, sowohl mit dem positiven Ziel der Realisierbarkeit von Lebenschancen als auch mit dem negativ bestimmten Ziel der

Verhinderung von Krankheit. In diesem Sinne gilt für uns der Primat Prävention.

Ausgehend von der angedeuteten Perspektive sehen wir das Ziel dieser Fachtagung

1. darin, im Sinne einer Bilanz und Standortbestimmung Schwierigkeiten und Grenzen bisher realisierter Reformbemühungen und alternativer Ansätze zu diskutieren;
2. wird es darum gehen, die Praxis dieser Ansätze im Hinblick auf ihre praktischen Auswirkungen im Vergleich mit den proklamierten gesundheitspolitischen Intentionen zu überprüfen, und
3. sind künftige Strategien von Reformvorhaben und alternativen Ansätzen hinsichtlich ihrer politischen Realisierbarkeit zu diskutieren.

Der zentrale Ausgangspunkt unserer Kritik an der bestehenden Gesundheitspolitik ist das Fehlen einer positiven Bestimmung von Gesundheit; Ansatzpunkt der heutigen Gesundheitspolitik bleibt die Krankheit, ihr Ziel die Überwindung der eingetretenen Störung; darauf ist der gesamte Apparat der Gesundheitsversorgung sowohl programmatisch als auch strukturell ausgerichtet. Einen positiven Gesundheitsbegriff versuchen wir ausgehend von seiner Formulierung durch die WHO auf der gesellschaftlichen Ebene weiterzuentwickeln. Die WHO definiert Gesundheit wie folgt:

Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheiten und Gebrechen.

Als Ziel der Gesundheitspolitik läßt sich damit in seiner positiven Bestimmung die Verwirklichung und Sicherung der Gesundheit für alle Gesellschaftsmitglieder benennen. In dieser Abstraktheit ist das Ziel jedoch noch nicht handlungsleitend. Dazu wird es erst, wenn man bei den Lebenslagen der einzelnen Gruppen ansetzt. Das bedeutet, daß man sich bei der Entwicklung gesundheitspolitischer Programme und bei der Formulierung von Forschungsfragen von den spezifischen Problemen, Wünschen und Interessen der Personen in einer bestimmten Region, eines bestimmten Arbeitsbereiches, einer gemeinsamen Wohnsituation, etc. leiten läßt. In die Bestimmung dieser Lebenslagen gehen die objektiven materiellen, sozialen und politischen Bedingungen, wie z.B. Belastungen im Produktions- und Reproduktionsbereich ebenso ein, wie die subjektiven Wahrnehmungen der Einzelnen von ihrer konkreten Lebenswelt. In dieser Verschränkung von objektiven Verursachungszusammenhängen und subjektiver Artikulation von Leiden, Wünschen, Hoffnungen steckt die politische Kernfrage jeglicher betroffenenorientierten Gesundheitsversorgung: die Frage nach den normativen Zielperspektiven für ein gesundes Leben in einer gesunden sozialen und materiellen Umwelt; in dieser Perspektive liegen die Chancen der

Umsetzung der Utopie eines besseren Lebens in konkrete gesellschaftspolitische Forderungen und Handlungsstrategien. Eine solche *Gesundheitspolitik als Gesellschaftspolitik* erfährt dann zwangsläufig auch eine Verlagerung ihres Gegenstandsbereiches; das bedeutet, daß man eine gesundheitspolitische Orientierung *aktiv* in andere Bereiche der Gesellschaftspolitik hineintragt: Gestaltung des Arbeitsplatzes und Bestimmung der Arbeitsorganisation, Wohn- und Städtebau, Ausbildungswesen, etc. . . .

Auf diesem Wege kann es gelingen, für die Gesundheitspolitik die nur negativ formulierte Perspektive der Verarbeitung von Krankheit zu überwinden. Unsere Zielsetzung erhält durch das Konzept der politisch ausgehandelten Normen der Belastbarkeit und durch die Zieldimension der zu realisierenden Lebensqualität einen positiv formulierten Gehalt. Das direkte Ansetzen bei der Lebenslage einzelner gesellschaftlicher Zielgruppen ermöglicht es darüberhinaus auch gesundheitspolitische Globalstrategien zu differenzieren und zu konkretisieren. Über die direkte Beteiligung der Zielgruppen, die ihre individuellen Bedürfnisse in die Zieldefinition und in die Realisierung der Maßnahmen aktiv einbringen können, wird das Postulat einer Demokratisierung der Gesundheitspolitik und -forschung realisierbar. Ferner wird es möglich, für die organisierte politische Durchsetzung der gesundheitspolitischen Zielvorstellungen ein größeres aktives Interesse der Betroffenen zu mobilisieren.

Dieser Ansatz stützt sich in den zentralen Grundgedanken auf die historischen Erfahrungen sowohl der staatlichen Gesundheitspolitik als auch vor allem auf die Erfahrungen von alternativen Reformprojekten:

— die Kostenexplosion im Gesundheitswesen und der im großen und ganzen unveränderte Krankheitsstand in der Bevölkerung haben die Grenzen der Effizienz der kurativen Versorgung verdeutlicht und die gesundheitspolitische Diskussion auf die Verursachungsproblematik von Krankheit und auf Prävention gelenkt. Partikularinteressen verhindern jedoch, daß diese Verursachung auf der gesellschaftlichen Ebene reflektiert und in gesellschaftspolitische Strategien umgesetzt werden kann.

— Ebenso haben alternative Projekte bisher zumeist bei schon entstandenen Krankheitsfällen angesetzt, jedoch dabei — vor allem im Psychiatriebereich — ungewohnte, neue Lösungsstrategien entwickelt. Dabei sind sie aufgrund ihres gesellschaftspolitischen Anspruchs unmittelbar mit dem Verursachungszusammenhang konfrontiert worden, der die Notwendigkeit einer gesellschaftspolitischen Perspektive aufgedeckt hat. Diese hat jedoch gleichzeitig die begrenzten Erfolgchancen der auf eine konkrete Zielgruppe bezogenen Aktivitäten verdeutlicht.

An dieser Stelle gilt es, weiterführende Reformstrategien zu ent-

wickeln und in politischen Handlungsperspektiven zu konkretisieren. Dafür wollen wir die verschiedenen Ebenen angeben, auf denen sich Forderungen konkretisieren lassen:

- *Forderungen hinsichtlich der Aufgaben der gesundheitspolitischen Forschung*
- *Forderungen bezüglich der Gestaltung der Berufsausbildung für das Gesundheitswesen*
- *Forderungen nach organisatorischen Veränderungen im bestehenden Versorgungssystem, die eine punktuelle Realisierung alternativer Ansätze und Reformmaßnahmen erlauben.*

Eine gesellschaftspolitisch reflektierte Gesundheitspolitik verlangt eine gesellschaftspolitisch orientierte Forschung; ihr stellen sich angesichts der bestehenden Wissenslücken insbesondere folgende zwei Aufgaben:

1. ist eine Ursachenforschung über den Bestimmungszusammenhang von Gesundheit zu entwickeln, die an den Lebenslagen einzelner gesellschaftlicher Gruppen ansetzt; so reicht z.B. die breiter angelegte Risikofaktorenforschung nicht aus. Dadurch daß sie vom gesellschaftlichen *Ursachenzusammenhang* abstrahiert, sind ihre Resultate nicht in gesellschaftspolitische Strategien umsetzbar.
2. ist eine Evaluation der Wirkung gesundheitspolitischer Maßnahmen zu erarbeiten, die — insbesondere im Hinblick auf die weiterhin knappen Ressourcen — eine Auswahl aus alternativen Strategien erlaubt. Die Effizienz der bisherigen Maßnahmen im Gesundheitswesen ist weitgehend unerforscht, was zu einer Erschwerung der gesundheitspolitischen Diskussion beiträgt.

Die Gesundheitsforschung hat von der Kritik an der Problemdefinition der etablierten Forschung in diesem Bereich auszugehen, die sich nicht an den Bedürfnissen der Patienten, sondern an den durch das Gesundheitssystem selbst produzierten Organisations- und Strukturproblemen orientiert. In die Problemdefinition und in die Realisierung einer veränderten Forschung müssen die Zielgruppen nicht als Objekte, sondern als aktive Teilnehmer einbezogen werden.

Eine reformorientierte Gesundheitspolitik verlangt neue Berufsbilder im Gesundheitswesen. Aufgabe der Berufsausbildung ist es, auf diese neuen Bilder hinzuarbeiten. Dabei sind neue und erweiterte Kompetenzen zu entwickeln. Heute setzen Berufsaufgaben erst beim schon eingetretenen Krankheitsfall ein und sind dadurch bestimmt, Krankheit als Erscheinung von ihrer gesellschaftlichen Verursachung abzukoppeln und durch die Entmündigung des Patienten losgelöst von dessen Person einer standardisierbaren Verarbeitung zuzuführen. Für die Realisierung einer alternativen gesundheitspolitischen Perspektive ist die Berufsausbildung auf folgende Aufgaben auszurichten: erstens auf die Aufgabe, die ursächlichen

Bestimmungsfaktoren sowohl für die Krankheit als auch für die Gesundheit beim Individuum und bei einzelnen Zielgruppen zu diagnostizieren; zweitens, die Aufgabe, Maßnahmen zu entwickeln und durchzuführen, die gleichzeitig sowohl kurativ beim Individuum und seiner unmittelbaren sozialen Umwelt als auch präventiv bei den weiteren sozialen Verursachungszusammenhängen ansetzen. Drittens gilt es, das bisherige Interaktionsverhältnis Arzt- Patient dahingehend aufzubrechen, daß die Patienten, d.h. in ihrer positiven Bestimmung die betreffenden Mitglieder einer gesundheitspolitischen Zielgruppe, ihre subjektive Problemwahrnehmung in die Problemdefinition einbringen können und, daß sie aktiv sowohl in den Heilungsprozeß als auch in präventive Anstrengungen einbezogen werden. Dies bedeutet im Hinblick auf das professionelle Selbstverständnis einen grundlegenden Einstellungs- und Verhaltenswandel: die Differenz zwischen Arzt und Patient darf nicht mehr in der Weise von seiten der Professionellen ausgespielt werden, daß sich das Wissen in Herrschaft umsetzt. Dies gilt vor allem im Hinblick auf die Versuche der Monopolisierung des gesundheitspolitischen Sachverständnisses durch die ärztlichen Standesorganisationen. Für die konkrete gesundheitspolitische Praxis würde eine solche Sichtweise, die in einer gleichberechtigten Interaktion zwischen Klient und Professionellen besteht, eine Weiterentwicklung der beruflichen Kompetenz über die Vermittlung der Sichtweisen der Betroffenen selbst beinhalten.

Die Realisierbarkeit solcher Reformvorstellungen hängt von den Erfolgchancen im Konflikt mit den betroffenen Standes- und Kapitalinteressen, insbesondere vom zu erwartenden Konflikt mit der organisierten Ärzteschaft und der Pharmaindustrie ab. Unsere Vorschläge richten sich hinsichtlich der gesellschaftspolitisch verstandenen Prävention auf andere Zielgruppen als diejenige, auf die sich die kurative Medizin bezieht. Das bedeutet jedoch noch keineswegs eine unmittelbare finanzielle Entlastung des bisherigen Gesundheitsetats, da die kurative Versorgung ja nach wie vor sichergestellt und auch in entscheidenden Punkten verbessert werden muß. Trotzdem glauben wir, daß durch die skizzierte Strategie mittel- bis langfristig aus dem kurativen Bereich finanzielle Mittel freigesetzt werden könnten, die für die gesundheitspolitisch relevante Prävention nutzbar gemacht werden könnten. Kostenersparnisse ergeben sich nämlich nicht nur aus dem zu erwartenden Erfolg präventiver Strategien, sondern vor allem auch dadurch, daß die Betroffenen einen aktiven Beitrag zur Problemdefinition, zur Realisierung präventiver Reformmaßnahmen und vor allem beim Heilungsprozeß selbst leisten und damit die Effizienz der angestrebten Maßnahmen steigern.

Den strukturellen Rahmen für eine veränderte Gesundheitsversor-

gung bildet das institutionelle System der Gesundheits- und Krankheitsverwaltung: die Sozial- und Krankenversicherung, die rechtlichen Bedingungen der Anspruchsregulierung, die Organisation der Gesundheitsforschung, die Ausbildungsstätten für Gesundheitsberufe, das System der ständisch organisierten medizinischen Versorgung mit ihren Hauptkennzeichen, dem Sicherstellungsauftrag der RVO und dem ambulanten Behandlungsmonopol.

Die Forderungen nach einer demokratischen Veränderung lassen sich hier u.a. in folgenden Vorschlägen präzisieren:

— durch eine selbstverwaltete Sozialversicherung können die lebenslagen-spezifischen Belange der Versicherten differentiell und bürger-näher wahrgenommen werden;

— nur durch ein Abgehen vom sozialrechtlichen (und medizinischen) Krankheitsbegriff, der nur auf Individuen bezogen ist, werden prä-ventive Strategien finanzierbar. Nur auf der Basis einer pauschalen Finanzierung von Vorbeugemaßnahmen lassen sich ambulante sozial-medizinische und sozialpsychiatrische Dienste in größerem Umfang einrichten und eine gemeindenähe medizinische Versorgung er-reichen;

— um der naturwüchsigen Fehlversorgung der marktmäßigen Niederlassungsfreiheit entgegenzutreten, gilt es, einen Ausbau öffentlich finanzierter ambulanter Versorgungseinrichtungen voranzutreiben.

Die politische Durchsetzbarkeit solcher weitreichender For-derungen kann augenblicklich nur schrittweise über Strategien gewerkschaftlicher Politik, die Durchführung von Modellversuchen und nicht zuletzt durch eine veränderte Alltagspraxis in der Ver-sorgung im Gesundheitswesen verwirklicht werden.

An dieser Stelle ist zu fragen, welche konkreten wissenschafts-politischen Möglichkeiten für die Gesundheitspraktiker, -forscher und -studenten, die sich für Reformen stark machen, derzeit existie-ren und in welche Richtungen hier Neuorientierungen gehen könn-ten. Diese Frage wird, so hoffen wir, in allen Arbeitsgruppen einen Hintergrund für die Diskussionen abgeben. Wir möchten aus unseren Erfahrungen und Diskussionen zum Abschluß folgende Vorschläge einbringen:

1. Aktive Beteiligung an öffentlichen Forschungsvorhaben, wie z.B. 'Humanisierung des Arbeitslebens', Forschung und Technologie im Dienste der Gesundheit, Gesundheitspolitisches Aktionsprogramm der Bundesregierung, Psychiatriereform, etc. Hier wäre es wissen-schaftspolitisch bedeutsam, die veränderte Problemperspektive auch in der Forschung und Entwicklung zu verwirklichen.

2. Herstellen einer kritischen Gegenöffentlichkeit der reform-orientierten Mediziner, Psychologen, Soziologen, Pfleger, etc. . . . : kritische Beobachtung laufender Forschungsvorhaben, Kommentie-

rung der Forschungsergebnisse; Analyse der Interessen der beteiligten Gruppen.

3. Schließlich, und das scheint uns besonders wichtig, gilt es einen veränderten Bezug zu den Adressaten sowohl in der Gesundheitsversorgungspraxis als auch in der Gesundheitsforschung herzustellen.

Schwerpunkt I: Sozialpolitik – Ökonomie – Gesundheitswesen

Arbeitsgruppe I A: Strategien der Sozialpolitik an den Beispielen Rehabilitation und Arbeitslosigkeit

Barbara Riedmüller: Einleitende Thesen

Die folgenden Diskussionspunkte sollen sozialpolitische Reformansätze im Hinblick auf ihre gesundheitspolitischen Konsequenzen zusammenfassen und die Richtung der Diskussion auf Grenzen und Alternativen der Gesundheitsversorgung akzentuieren.

1) Die Reform der Gesundheitsversorgung in der BRD hängt in ihren wesentlichen Prämissen von den bestehenden Strukturen des Systems sozialer Sicherheit ab: der Dominanz des Versicherungssystems mit der Abhängigkeit der Leistungen vom Beitragsaufkommen der Versichertengemeinschaft und einem restriktiven kompensatorischen System sozialer Hilfen. Die gegenwärtige Entwicklung zeigt, in welchem Maße Sozialpolitik/Gesundheitspolitik von ökonomischen Konjunkturen abhängig ist; dafür beispielhaft ist das Kostendämpfungsgesetz, der Abbau von Leistungen im Rahmen des Arbeitsförderungsgesetzes und die stärkere Kontrolle im Bereich der Sozialhilfe. Unter dem Zwang ökonomischer Knappheit werden gesundheitspolitische Reformen zurückgestellt, die Verschlechterung der sozialen Lage der Bevölkerung zum individuellen Schicksal privatisiert.

2) In dieser Abhängigkeit von ökonomischer Krise und Sozial- bzw. Gesundheitspolitik erscheint die öffentliche Reformdiskussion vorrangig ökonomische Größen zu betreffen, die gerechtere und effizientere Verteilung der knappen Finanzmittel unter anderem die linken Wissenschaftler zu beschäftigen. Ein ökonomischer Determinismus würde aber erstens zu einer Vernachlässigung der politischen Konjunkturen bei der Durchsetzung staatlicher Sozial-