Editorial

Das Gesundheitssystem zwischen Gesundheitssystemforschung und Gesundheitspolitik

Als die fünf Forschungsverbünde Public Health sich im Februar 1996 zu einer Diskussion der zukünftigen Public-Health-Forschung trafen, kamen sie überein, Public Health wie folgt zu definieren: „Public Health umfaßt in einer modernisierten Positionsbestimmung alle analytischen und organisatorischen Anstrengungen, die sich auf Populationen oder definierte Teilpopulationen und auf organisierbare Ansätze bzw. Systeme der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung, der Krankheitsbekämpfung, der Rehabilitation oder der Pflege beziehen. Public Health hat dabei eine positive Zielverpflichtung: die Gesundheitsverbesserung („health gain“) der jeweiligen (Ziel-)Population durch bedarfs-, bedürfnis-, mittel- und sozialadäquate Anstrengungen im Rahmen des (gesamt-)gesellschaftlichen Kontextes.“ Es wurde festgehalten, daß in der Forschung sowohl populations- als auch systembezogene Ansätze zum Einsatz kommen. Spätestens seit diesem Zeitpunkt muß die systembezogene Forschung – „Gesundheitssystemforschung“ – neben der populationsbezogenen Forschung – „Epidemiologie“ – als vollwertiges Standbein der Public-Health-Forschung gelten. Gemeinsam ist beiden Standbeinen, daß sie sich eines breiten Spektrums qualitativer und quantitativer Methoden bedienen und für viele Felder der praktischen Public-Health-Anwendung und der Gesundheitspolitik gemeinsam wichtig sind.

Dies sei beispielhaft an der Frage der gesundheitlichen Auswirkungen von Selbstbeteiligungen erläutert: Ob Personen mit niedrigem Einkommen im allgemeinen einen schlechteren Gesundheitszustand und damit einen erhöhten „Bedarf“ an medizinischen Leistungen gegenüber Personen mit höheren Einkommen haben, ist Forschungsgegenstand der (Sozial-)Epidemiologie. Ob Personen mit niedrigem Einkommen stärker auf erhöhte Selbstbeteiligungen als solche mit höherem Einkommen reagieren und somit „Nachfrage“ und Anzahl der medizinischen Leistungen erniedrigen, ist Gegenstand der Gesundheitssystemforschung. Um die Frage beantworten zu können, ob das Zusammenspiel dieser beiden Faktoren zu einem negativen „health gain“ führt, bedient sich die Gesundheitssystemforschung sowohl klassischer epidemiologischer Methoden wie Fall-Kontroll- und Kohortenstudien als auch des methodischen Arsenal der Outcomes-Forschung, zu der auch die Lebensqualitäts- und die Patientenzufriedenheitsforschung zu rechnen sind – ohne daß Studien mit nicht klinischen Outcome-Parametern wie Lebensqualität oder auch Kosten in jedem Fall der Public-Health-Forschung zuzurechnen sind.

Zurück zur Gesundheitspolitik: Diese ist nicht nur Anwendungsfeld für Public Health, sondern auch Gegenstand der Public-Health-Forschung, wo-

bei zwei Perspektiven unterschieden werden sollten: 1. „Gesundheitspolitik als Forschungsgegenstand“ und 2. „Gegenstände der Gesundheitspolitik“, d.h. deren relevante explizite und implizite Probleme und Lösungsansätze. Erstere Perspektive betrifft beispielsweise die Forschungsfelder Ordnungsrahmen, Akteure und Instrumente der Gesundheitspolitik, Ordnungs- versus Prozeßpolitik, Implementationsprozesse von Gesundheitsreformen, politische versus fachliche Rationalität und das Verhältnis zu Standortfaktoren wie Tarif-, Arbeitsmarkt- und Bildungspolitik. Letztere Perspektive umfaßt beispielhaft die Forschungsthemen Umfang einer gesundheitlichen Grundsicherung, Umfang und Anreize für eine Gesundheitsförderung, demographische Entwicklung und ihre gesundheitliche Implikationen, Bekämpfung und Prävention volksgesundheitlich bedeutsamer Krankheiten und ihrer Folgen, Integration im gegliederten System, Transparenz und Konsumentenorientierung, Qualitäts- und Outcome-Orientierung.

Diese aus Sicht der Gesundheitspolitik derzeit relevanten Fragen der Bevölkerungsgesundheit und des Gesundheitssystems lassen sich ordnen in

- Inputs, d.h. Gesundheitszustand, -risiken und -potentiale der Bevölkerung, Bedarf und Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, Zugang zum Gesundheitssystem, Rahmenbedingungen und Strukturen des Gesundheitssystems, finanzielle und personelle Ressourcen etc.;
- Prozesse, d.h. Qualität und Quantität der Leistungserbringung, Finanzierungsformen, Anreize, Selbstverantwortung und Laiensystem etc.;
- Outcomes/zurechenbare Ergebnisse, d.h. Effektivität unter Alltagsbedingungen und in verschiedenen Dimensionen (u.a. Lebenserwartung, Lebensqualität, Patientenzufriedenheit) sowie Effizienz.

Die das Heft einleitenden zwei Artikel zur zahnmedizinischen Versorgung thematisieren einen Großteil der angesprochenen Aspekte: Unter dem Titel „Mut zur Lücke?“ deckt der erste Beitrag von MATTHIAS WISMAR und REINHARD BUSSE ein breites Spektrum von der zusammenfassenden Analyse aller gesetzlichen Änderungen im Bereich der zahnmedizinischen Versorgung über die Anwendung der deduktiven Herleitung von (Zahn-)Gesundheitszielen bis zu ordnungspolitischen und wirtschaftlichen Überlegungen ab. Die Autoren schlußfolgern, daß sowohl die konsequente Nutzung der klassischen Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung als auch die konsequente Weiterentwicklung mit mehr Wahlmöglichkeiten für die Patienten rationaler und gesundheitsfördernder als die gegenwärtige „Neuorientierung“ wären.

Die Auswirkungen verschiedener Vergütungsmodelle werden normalerweise im ambulanten ärztlichen und im stationären Sektor untersucht; RALPH KAUFHOLD demonstriert, daß auch die zahnmedizinische Versorgung ein dankbares Untersuchungsfeld ist. Der beschriebene britische Modellversuch zur zahnärztlichen Pauschalvergütung darf dabei als methodisch gutes Beispiel gesundheitssystemanalytischer Wissenschaft gelten, da einerseits bei der Rekrutierung von Praxen sowohl an eine Kontrollgruppe als auch an eine (regionale) „Randomisierung“ gedacht wurde und andererseits nicht nur monetäre Konsequenzen, sondern auch Prozeß- und Outcomeparameter erhoben wurden. (Im Zusammenhang mit der Finanzierung sei auch auf die Rezension des Buches von THOMAS GERLINGER zur „Wett-

bewerbsordnung und Honorarpolitik“ verwiesen.) Die Zahnmedizin ist übrigens – trotz ihrer gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Bedeutung und aufgrund ihrer Abgeschlossenheit methodisch relativ leichten Beforschbarkeit – erst einmal in der Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften thematisiert worden („Die Professionalisierung der Zahnmedizin“ von ELLEN KUHLMANN in Heft 1/96); dies darf durchaus als Aufruf zu mehr Manuskripten zu diesem Bereich aufgefaßt werden.

„Das Gesundheitswesen als Beschäftigungs- und Wachstumsfaktor“ – und nicht (nur) als Krankheit verhindernder und beseitigender Faktor – ist seit dem Sachverständigenratsgutachten 1996 ein Thema. DIRK GÖPFFAHT und BEATE MILBRANDT greifen die Gedanken des Sachverständigenrates auf und untersuchen die ökonomischen Dimensionen anhand von Routinedaten des Statistischen Bundesamtes. Der Beitrag zeigt, daß in den Zeiten von „evidence-based medicine“ mit ihrer starken Gewichtung von randomisierten kontrollierten Studien die Nutzung von Routinedaten ihren Platz in der Gesundheitssystemforschung nicht verloren hat.

Ebenfalls auf der Grenze zwischen Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie liegt der Beitrag von PER-JOHAN HORGBY und ANNETTE WITTKAU-HORGBY „On Justice and Social Institutions in the Health Care Sector“ – angesichts von neuen Ideologien aufgrund von oftmals (bewußt) falsch interpretierten Theorien meines Erachtens ein sehr wichtiger Beitrag. Die Autoren analysieren Rawls' egalitäre Theorie von Gerechtigkeit und Nozicks liberale Theorie von Gerechtigkeit in Hinblick auf ihre Folgerungen für Gesundheitswesen und kommen zu der Überzeugung, daß die Notwendigkeit für soziale Institutionen direkte Konsequenz beider Konzepte ist.

Gesundheitspolitisch wird immer wieder eine stärkere Rolle für Konsumenten und Patienten im Gesundheitssystem akklamiert. Tatsächlich bestehen aber z.B. unverkennbar „Verwertungsdefizite von Patientenbefragungen“, so daß diesen oftmals nur eine Alibifunktion zukommt. KARL BLUM analysiert in seinem Beitrag anhand von Krankenhausbefragungen zugrundeliegende Ursachen unter Berücksichtigung des Total Quality Managements. Seine zentrale These ist, daß die Defizite insbesondere auf das Fehlen einer patientenzentrierten Unternehmenskultur zurückzuführen sind. Mit Konzepten, Methoden und praktischen Beispielen einer stärkeren Patientenorientierung beschäftigt sich auch der in den Rezensionen vorgestellte Band von THOMAS RUPRECHT „Experten fragen – Patienten antworten“.

Die vorliegenden Beiträge demonstrieren, daß Gesundheitssystemforschung zentraler Bestandteil von Public Health ist und gesundheitswissenschaftlich wichtige Erkenntnisse liefert. Die Arbeiten sind Ansporn für das junge Fachgebiet, sich in der jetzt beginnenden letzten Phase der Public-Health-Verbundförderung durch das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie konzeptionell, methodisch und inhaltlich weiter zu entwickeln, um auch nach der Jahrtausendwende eine wissenschaftlich anerkannte und für die Bevölkerungsgesundheit relevante Disziplin zu sein.

Dr. med. Reinhard Busse M.S.P., Hannover