

**Rainer Müller (1995): Primary Health Care im Rahmen der Gesundheitspolitik und Planung von Gesundheitsdiensten (Makro-Ebene). Vortrag auf der Tagung des Fachbereichs 11 der Universität Bremen zum Modellversuch Lehramt Pflegewissenschaften, Bremen, 17.02.95**

**1. Definition von Gesundheitspolitik**

Gesundheitspolitik kann in vier Dimensionen beschrieben werden, nämlich als Zusammenhang politischer Rahmenbedingungen mit institutionellen Arrangements. Weiterhin wirken gesellschaftlich kooperative Akteure in Bezug auf verschiedene Instrumente der Regulierung von Gesundheitsversorgung zusammen (Blanke 1994, S. 21). Dabei können folgende Aspekte unterschieden werden

a) Gesundheitspolitik als Auseinandersetzung um Ziele und Zielkonflikte

In industrialisierten Gesellschaften wird Gesundheitsversorgung als eine öffentliche Aufgabe betrachtet. Es existieren unterschiedliche kurz-, mittel- und langfristige Zielvorstellungen bei sich oft widersprechenden Interessen. Sie bewegen sich im politischen Markt und werden je nach den historischen Situationen, Mehrheits- und Machtverhältnissen in unterschiedlichen Verständnissen wahrgenommen, formuliert und ausgehandelt. In der Konstruktion von Gesundheitssystemen schlagen die Zielvorstellungen sich nieder.

b) Gesundheitspolitik als Entscheidungsproduktion

Über die unterschiedlichen Ziele und divergierenden Interessen und wie sie sich durchsetzen, wird im Prozeß der Maßnahmeformulierung entschieden. Entscheidungen laufen auf verschiedenen Ebenen des Politikprozesses. Dabei ist das Gesundheitssystem in die Struktur des gesamten politisch administrativen Systems eingebettet.

c) Gesundheitspolitik als Umsetzung von Entscheidungen

Es finden ständig Prozesse der Anpassung des Systems an sich wandelnde ökonomische, sozialstrukturelle, krankheitsspezifische und medizinische Faktoren statt. Es verhandeln und entscheiden kooperativ gesellschaftliche Akteure entsprechend ihrer Positionierung im Gesundheitssystem über den Einsatz verschiedener Regulierungsinstrumente.

d) Gesundheitspolitik als Rückkoppelung

Die Maßnahmen mit ihren Ergebnissen werden implizit im alltäglichen Geschehen oder explizit in Bezug auf ihre Zielerreichung bewertet. Diese Evaluation erfolgt über Netzwerke verschiedener Interessenskoalitionen und Akteure auf den verschiedenen Ebenen des Politikprozesses und der Entscheidungsfindung.

e) Analyse von Politikprozessen

Zur Analyse von Politikprozessen, auch von Gesundheitspolitik, werden Netzwerkkonzepte benutzt (Döhler 1990, S. 27f). Unter Policy-Netzwerken wird ein

sektorales System der Interessensvermittlung zwischen staatlichen und privaten Akteuren verstanden. Durch diese Institutionen und eingeschliffenen Verhaltensmuster entsteht ein gewisser Grad an interaktiver und struktureller Stabilität. Es werden 5 Charakteristika bei Policy-Netzwerken definiert.

1. Struktur
2. Akteure
3. Governance (ökonomische Steuerungsstruktur)
4. Handlungsmuster
5. Selektivität

In dem Begriff von Governance verschmelzen sich zwei Argumentationslinien konträrer Art: die Unregierbarkeitsdebatte (Marktradikalismus) und die reformorientierte Planungstheorie. Typischerweise wird die Steuerungsstruktur in den Kategorien Markt, Hierarchie, Clan und Verband unterteilt. In Zeiten, in denen sich die regulativen Ideen sozialen Verhaltens (z.B. Gerechtigkeit, Gleichheit, Brüderlichkeit) mehr und mehr dem Konsens entziehen und die Debatten wertgeladener werden, wird der öffentliche Diskurs durch Ökonomisierung vereinfacht. An die Stelle der "Needs" (Gemeinwohl) tritt die Zauberformel von der Effizienz (Blanke 1994, S. 15).

## **2. Die Erklärung von Alma Ata vom 12. September 1978 (Kurzfassung)**

I. Gesundheit ist nicht lediglich das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Sie stellt ein Menschenrecht dar und ist als ein soziales Ziel anzusehen.

II. Die Ungleichheit im Gesundheitsstatus ist politisch, sozial und wirtschaftlich unakzeptabel.

III. Wirtschaftliche und soziale Entwicklung auf der Basis einer neuen Wirtschaftsordnung hat grundlegende Bedeutung für die volle Erreichung von Gesundheit für alle.

IV. Die Menschen haben das Recht und die Pflicht, einzeln und als Gruppe zur Planung und Durchführung ihrer Gesundheitsversorgung beizutragen.

V. Die Regierungen haben eine Verantwortung für die Gesundheit ihres Volkes. Primäre Gesundheitsversorgung (Primary Health Care) ist der Schlüssel zur Erreichung dieses Zieles.

VI. Primäre Gesundheitsversorgung ist die wesentliche Gesundheitsversorgung, welche sich auf durchführbare, wissenschaftlich erwiesene und sozial akzeptierte Methoden und Techniken gründet. Sie wird Individuen und Familien in der Gemeinde zugänglich gemacht durch deren volle Beteiligung im Geiste der Eigenverantwortlichkeit und Selbstbestimmung. Sie bildet einen voll integrierten Teil sowohl des Gesundheitssystems als auch der allgemeinen sozialen und ökonomischen Entwicklung der Gemeinde. Sie ist die erste Stufe des Kontakts von Individuum, Familie und Gemeinde mit dem nationalen Gesundheitssystem. Sie bringt die Gesundheitsversorgung so nah wie möglich an den Ort, an dem Menschen

leben und arbeiten und bildet das erste Glied in einer Kette eines kontinuierlichen Ablaufs der Gesundheitsversorgung.

## VII. Primäre Gesundheitsversorgung (Primary Health Care)

1. spiegelt wider die wirtschaftlichen Bedingungen und soziopolitischen sowie kulturellen Charakteristika des Landes und der Gemeinde. Sie gründet auf Anwendung von Resultaten der sozialen, biomedizinischen und Gesundheitssystemforschung sowie auf den Erfahrungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes,
2. wendet sich den hauptsächlichen Gesundheitsproblemen in der Gemeinde zu, indem sie für fördernde, präventive, kurative und rehabilitative Dienstleistungen sorgt,
3. schließt Erziehung zur Gesundheit, Prävention und Gesundheitsförderung ein,
4. bezieht zusätzlich zum Gesundheitssektor alle damit im Zusammenhang stehenden Sektorenaspekte der Entwicklung des Landes und der Gemeinde ein,
5. erfordert und fördert maximale Selbständigkeit und Beteiligung der Gemeinde und des Individuums bei der Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle der primären Gesundheitsversorgung,
6. sollte durch integrierte, funktionale und gegenseitig helfende Überweisungssysteme getragen sein. Priorität sollten diejenigen Personen haben, die dieser Dienste am meisten bedürfen.
7. Primary Health Care stützt sich auf Gesundheitspersonal, einschließlich Ärzte, Schwestern, Hebammen, Hilfskräfte und Gemeindeglieder, auch auf traditionelle Heiler, die als Gesundheitsteam arbeiten und auf die zum Ausdruck gebrachten Gesundheitsbedürfnisse der Gemeinde reagieren.

VIII. Die Regierungen haben primäre Gesundheitsversorgung als Teil eines umfassenden nationalen Gesundheitssystems in Gang zu bringen.

IX. Alle Länder haben zusammenzuarbeiten, um primäre Gesundheitsversorgung für alle Menschen sicherzustellen.

X. Ein akzeptables Gesundheitsniveau für alle Menschen in der Welt ist bis zum Jahre 2000 zu erreichen (nach Pflanz 1978, S. 3987-3989).

### **3. Primary Health Care in der Bundesrepublik Deutschland**

#### 3.1. Definition bzw. Übersetzung von Primary Health Care

Labisch hat für den Begriff "Primary Health Care" folgende Übersetzungen vorgeschlagen:

- primäre Gesundheitsversorgung oder gesundheitliche Primärversorgung
- gemeindenahe Gesundheitssicherung oder gemeindebezogene Gesundheitssicherung
- gemeinschaftliche Gesundheitssicherung
- gemeindenahe medizinisch-soziale Grundversorgung (Labisch 1980, S. 27)

### 3.2. Grundprinzipien von Primary Health Care und ihre Realisierung in der BRD

1. Zwischen Gesundheitsbedürfnissen, den damit verbundenen Aufgaben und einzelnen Betreuungsfunktionen innerhalb der Gesundheitsversorgung muß eine enge Beziehung bestehen.

Hierzu bedürfte es einer kontinuierlichen Gesundheitsberichterstattung, in der die Bedürfnisse und Bedarfe sowie die vorhandenen Betreuungsfunktionen Gegenstand einer Bilanzierung wären. Fragen der Zugänglichkeit, der Adäquanz und Akzeptanz müßten in speziellen Analysen zum Gegenstand gemacht worden sein. Dies müßte nicht nur die professionelle, sondern auch die nicht-professionelle Seite des Gesundheitswesens betreffen, also: Selbsthilfe und Laienmedizin einschließen.

Ein derartiges systematisches Informations- und Evaluationssystem im Sinne einer Gesundheitssystemforschung existiert in der Bundesrepublik Deutschland nicht (siehe dazu die Berichte des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Sachstandsberichte 1987 bis 1994).

Diese Forderung beinhaltet auch die Notwendigkeit zur Teamarbeit und eine Mitwirkung der Laien an der Gesundheitssicherung. Außerdem müßte der Akzent der Gesundheitspolitik auf der Gesundheitsförderung und nicht schwergewichtig auf der Akutmedizin liegen. In der Bundesrepublik Deutschland ist die Gesundheitsversorgung durch den Sicherstellungsauftrag der Kassenärzte (Vertragsärzte) monopolartig hegemonisiert. Damit steht im Vordergrund eine individuumbezogene kurativ ausgerichtete medizinische Versorgung in der Einzelpraxis des niedergelassenen Arztes. In der ambulanten Versorgung dominiert der spezialisierte Facharzt. Es besteht ein Mißverhältnis zwischen allgemeinmedizinisch tätigen Ärzten und den Fachärzten (siehe Zahlen in: Klose 1993).

2. Die Gemeinschaft muß an der Gesundheitssicherung beteiligt werden.

In der Bundesrepublik besteht für Einzelpersonen, Familien und Gemeinden keinerlei formale Möglichkeit, an der Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle des lokalen Gesundheitssystems teilzuhaben. Eine begrenzte Teilnahme der Gemeinde ist beim Öffentlichen Gesundheitsdienst gegeben, sofern die Gesundheitsämter kommunalisiert sind. Hier bestehen Einflußnahmen über die regionale Raumplanung. Bei der Einrichtung von Sozialstationen und sozialfürsorgerischen Aktivitäten können die Gemeinden Einfluß auf die Träger

verschiedener Art nehmen oder in Eigenregie solche Aktivitäten durchführen.

Für die Bundesrepublik Deutschland ist die konkurrierende Vertragssituation zwischen den Krankenversicherungen und den Leistungserbringern die entscheidende Steuerungsebene (siehe Abb. 2). Obwohl in der sozialpolitischen Diskussion die Prinzipien Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität als zentrale Größen betrachtet werden, liegen die Möglichkeiten der Beteiligung und die Instrumente der Steuerung auf den übergeordneten Ebenen der Verbände in der Rahmung staatlicher Vorgaben. Die Gemeindemitglieder sind auf den Verbandsebenen nicht vertreten. Auf der Verbandsebene herrscht eine monopolistische Struktur. In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion wird von einer Bipolarität marktlicher Steuerung und staatlicher Regulierung ausgegangen. Das Gesundheitsstrukturgesetz hat mit seinen Regulierungen stärker die wettbewerblichen (marktförmigen) Mechanismen gefördert. Auch die im Selbstverwaltungsprinzip der Gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. aller Sozialversicherungen vorhandenen Möglichkeiten über die Selbstverwaltung sind nicht als realistische Einflußmöglichkeiten für Gemeinde, Familien, Individuen anzusehen.

3. Gesundheitssicherung muß so wirksam und effizient wie möglich erbracht werden

Zwar sind in der Bundesrepublik Aufgaben und Funktionsträger für Gesundheitsförderung, Gesundheitsvorsorge, Krankheitsfrüherkennung, Krankenversorgung und Rehabilitation vorhanden, jedoch sind ihre Aufgabenstellungen hoch fragmentiert und unterliegen keiner gemeindlichen Steuerung und Regulation. Weiterhin sind die Bereiche der Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge gegenüber dem kurativen stationären bzw. ambulanten Bereich deutlich mit Personal und Finanzen unterausgestattet. Es existiert keine gemeindebezogene Gesundheitssicherung im Sinne eines integrierten Versorgungssystems.

4. Die gemeinschaftliche Gesundheitssicherung ist kein isolierter eigenständiger Ansatz zur Gesundheitssicherung, sondern der bürgernächste in der Gemeinde verankerte Teil eines integrierten und umfassenden Gesundheitssicherungssystems.

Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland ist durch ihre hohe Fragmentierung charakterisiert und zerfällt in verschiedene Subsysteme mit deutlicher Dominanz medizinisch-ärztlicher Versorgungsstrukturen. Es existiert eine scharfe Trennung zwischen medizinischen, sozialen und pflegerischen Versorgungsbereichen. Obwohl seit vielen Jahren in der gesundheitspolitischen Diskussion immer wieder gefordert, fehlt es an einer lokalen horizontalen und vertikalen Koordination, um ein Kontinuum von Dienstleistungen auf diesem Sektor zu etablieren. Gesundheitsprobleme werden auf der sekundären (Kuration) und tertiären Ebene (Rehabilitation) bearbeitet und nicht oder nur unzulänglich auf der Stufe der Grundversorgung (Primary Health Care). Der Spezialisierungsgrad der niedergelassenen Ärzte und der stationären Versorgung hat das Grundprinzip der primären Grundversorgung in der Bundesrepublik Deutschland verhindert. Technisierung und Spezialisierung sind die

zentralen Entwicklungslinien und Gegenstände von Forschung sowie Allokation von Finanzmitteln bzw. Personal. Im wissenschaftlichen Bereich ist Primärversorgung ebenso randständig wie in der Ausbildung und Konzeptentwicklung.

Es läßt sich bilanzierend feststellen, daß das Konzept der gemeindenahen Grundversorgung (Primary Health Care) in der Bundesrepublik Deutschland vom politisch-administrativen System und von den Interessensgruppierungen kaum oder gar nicht zur Kenntnis genommen wurde und nicht zum Leitziel einer Neustrukturierung der Gesundheitspolitik herangezogen wurde. In der Bundesrepublik Deutschland wird die Grundversorgung als eine medizinische Versorgung verstanden und im wesentlichen den Politikprozessen zwischen Kassenärzten und Krankenversicherung überantwortet. Die stationäre Versorgung obliegt in gewisser Weise der planerischen Hoheit der Bundesländer. Von ihnen werden die plangerechten Krankenhäuser hinsichtlich der Investitionskosten voll finanziert. Die laufenden Kosten werden über die Pflegesätze realisiert. Das Gesundheitsstrukturgesetz hat diesen Grundsatz zwar aufgelockert, aber im Prinzip bestätigt. So können Krankenhäuser teilweise ihre Investitionen privat finanzieren und teilweise öffentlich fördern lassen. Auf diesem Sektor steigt der Wettbewerb durch das Hinzukommen von privaten Anbietern. Die Landeskrankenhausplanung verliert ihre Wirkung, da die öffentlichen Haushalte in der Krise sind. Für die Vertragsärzte ist im Gesundheitsstrukturgesetz ab dem Jahre 1999 eine strikte bedarfsorientierte Zulassung vorgesehen. Dies ist als eine staatlich sanktionierte Angebotsplanung anzusehen. In der aktuellen Auseinandersetzung wird diese staatliche Angebotsplanung kritisiert. Die Ergebnisse der Angebotsplanung in Großbritannien und den skandinavischen Ländern wird als nicht ermutigend angesehen (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, S. 216). Es wird eher einer wettbewerblichen Lösung des drohenden Überangebots von medizinisch-ärztlichen Angeboten das Wort geredet. In den Überlegungen des Sachverständigenrates zum Ziel der Reform 2000 "Stärkung der Selbstregelung" (ebenda, S. 217) heißt es, daß die Krankenversorgung und die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung grundsätzlich über die Individualebene, die Verbandsebene und die staatliche Ebene gesteuert werden könne. Das deutsche Krankenversicherungssystem sei seit Jahrzehnten schwerpunktmäßig über die Verbandsebene, genauer über die kooperatistischen Zwangsverbände gesteuert worden. Mit seinen Bemühungen um Ausgabendämpfung habe der Staat jedoch zunehmend Einfluß genommen.

#### **4. Netzwerkanalyse: Primary Health Care und Gesundheitssystem BRD**

Orientiert an den Dimensionen der Netzwerkanalyse läßt sich kurz gefaßt folgendes festhalten:

Dimension: Struktur

In der Bundesrepublik Deutschland ist eine starke Sektoralisierung des Gesundheitssystems vorherrschend. Gesundheitspolitik ist eine Sache der Spezialisten. Betrachtet man die gesetzlichen Krankenversicherungen so kann von einer starken Systemintegration ausgegangen werden. Die gesetzliche Krankenversicherung

organisiert einen beträchtlichen Teil gesellschaftlicher Legitimation und stellt eine zentrale Säule wohlfahrtsstaatlicher Leistungsproduktion dar. Die spezifischen Strukturelemente der Gesetzlichen Krankenversicherung werden als wesentliche Ordnungsprinzipien allgemein angesehen und akzeptiert. Durch die paritätische Selbstverwaltung in den Sozialversicherungen findet eine Integration der Sozialpartner in die sozialstaatliche Regulierung statt. Es hat zwar blockierende, aber auch stabilisierende Effekte. Es läßt sich also für die Bundesrepublik ein hohes Maß an Sektoralisierung gepaart mit starker Systemintegration feststellen (Döhler 1990, S. 536).

#### Dimension: Akteure

Auch bei der Dimension "Akteure" läßt sich ein hohes Maß an Kontinuität und Stabilität der Akteure beobachten. Mit der Konstruktion öffentlich-rechtlicher Körperschaften als zentrale Größen im gesundheitspolitischen Netzwerk ist der Interessendifferenzierung und dem Aufkommen von neuen Interessen in gewisser Weise eine Barriere vorgegeben und daher erklärt sich auch die Ignoranz gegenüber internationalen Debatten und Vorschlägen wie Primary Health Care durch die WHO. Durch das kooperatistische Verhandlungssystem zwischen den Verbänden hat sich ein stabiles in gewisser Weiser auch gegenüber neuen Akteuren und Interessen exklusives Interaktionssystem herausgebildet (Döhler 1990, S. 540). Auch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) hat diese Struktur nicht grundsätzlich in Frage gestellt.

#### Dimension: Governance (ökonomische Steuerungsstruktur)

In der Bundesrepublik dominiert das "private interest government" öffentlich-rechtlicher Verbände. Marktförmige Austauschbeziehungen sind weitgehend durch Kollektivverhandlungen obsolet, obwohl die neueren Diskussionen stärker in eine wettbewerbliche Orientierung gehen. Auch der liberal-konservativen Koalition ist es nicht gelungen, die ökonomische Steuerungsstruktur als strategischen Hebel zu benutzen. In der Bundesrepublik existiert keine Tradition einer privaten Krankenversorgung. Die intermediäre Organisationsstruktur der verbandlichen Regulation (Gesetzliche Krankenversicherung, Kassenärzte) erlaubt einen zwischen Markt und Staat angesiedelten Status der Regulation. Es wird festgehalten, daß die Kernelemente des gesundheitspolitischen Netzwerkes einer Dichotomisierung öffentlich versus privat nicht zugänglich sind (Döhler 1990, S. 543).

#### Dimension: Handlungsmuster

Dominierendes Handlungsmuster in der Bundesrepublik ist die kooperatistische Konzertation. Es geht um ein Bemühen, Konsenslösungen und kooperative Bezüge zwischen Staat und Verbänden herzustellen, bei denen Verhandlungen vorherrschen. Die gesundheitspolitische Handlungskapazität wird in der Bundesrepublik durch die hochgradige Abhängigkeit des Staates vom Verbandesystem bestimmt (Döhler 1990, S. 546, 547). Das kooperatistische System der Bundesrepublik enthält ein Element wechselseitiger Machtabtretung und tut sich deshalb mit Innovationen wie auch mit der Implementation von Primary Health Care-Konzepten sehr schwer. Ein weiteres Beispiel dafür ist die Einführung der Pflegeversicherung.

## Dimension: Selektivität

Hier läßt sich eine Unterscheidung vornehmen auf der Ebene von Ideologie, Instrument, Struktur und Akteursebene. In der Bundesrepublik hat sich auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik eine gewisse Resistenz gegenüber marktwirtschaftlichen Konzepten gezeigt, ebenso gegenüber Verständnissen, wie sie die Primary Health Care-Konzeption vorsieht. Die starke historische Kontinuität des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung bzw. des Sozialstaats Deutschland seit Bismarck hat sich als eine Blockade gegenüber strukturverändernden Reformvorschlägen im Sinne von Primary Health Care gezeigt. Auf der instrumentellen Ebene hat sich in der Bundesrepublik durch den föderalen Staatsaufbau und die tendentiell autonome Selbstverwaltung von Gesetzlicher Krankenversicherung und anderen Sozialversicherungen wie auch der Kassenärztlichen Vereinigung eine zentrale Steuerungsoption nicht hergestellt. Hierin liegt die Erklärung für die Ignoranz gegenüber den Konzepten von Primary Health Care.

Der strukturelle Aspekt der Netzwerkselektivität besteht in der Frage nach den Graden von Zentralisierung, Sektoralisierung und Systemintegration und in wieweit er politischen Zugriffen offen ist. In der Bundesrepublik zeigt sich eine Systemkonformität als entscheidendes Kriterium für politische Innovationen. Auch dies ist der Grund für das Fehlen einer echten Primary Health Care-Versorgungsstruktur. Auf der Ebene der Akteure hat sich die Präferenz der Akteure, insbesondere der Verbände Gesetzliche Krankenversicherung und Kassenärzte sowie Krankenhausverbände als stabil erwiesen und für die Aufrechterhaltung des Systems beigetragen (siehe auch Rosewitz, Webber 1990).

## 5. Literatur

Blanke, B. (Hg.): Krankheit und Gemeinwohl, Opladen 1994

Döhler, M.: Gesundheitspolitik nach der Wende, Berlin 1990

Klose, J.: Leistungsreport Ärzte, Stuttgart, Jena, New York 1993

Labisch, A.: Die gemeinschaftliche Gesundheitssicherung (Primary Health Care) in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Bestandsaufnahme. Manuskript 1980

Pflanz, M.: Primäre Gesundheitsversorgung und Allgemeinmedizin. Bericht über die Konferenz für primäre Gesundheitsversorgung in Alma Ata. In: Der praktische Arzt, 1978, S. 3987 bis 3989)

Rosewitz, B., Webber, D.: Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt/M./New York 1990

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Baden-Baden 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994