

Wissenschaftliche Politikberatung im Gesundheitswesen

von Thomas Gerlinger¹

ABSTRACT

Im deutschen Gesundheitswesen existiert ein ausdifferenziertes System der wissenschaftlichen Politikberatung. Allerdings greifen politische Entscheidungsträger nur selektiv auf Politikempfehlungen aus der Wissenschaft zurück. Gründe dafür liegen sowohl im politischen System als auch im Wissenschaftssystem. Beide folgen eigenen Perspektiven und Logiken, die häufig nicht kompatibel sind. Politische Entscheidungsträger orientieren sich vor allem am Machterhalt und Machtzuwachs, während die Aufgabe der Wissenschaft darin liegt, wahre Aussagen über Zusammenhänge zu treffen. Zugleich verliert Wissenschaft von ihrem gesellschaftlichen Nimbus, weil sie häufig uneindeutige oder widersprüchliche Ergebnisse produziert und sich Tendenzen einer politischen Indienstnahme von Wissenschaft verstärken.

Schlüsselwörter: Politikberatung, Wissenschaft, Gesundheitswesen

Germany's health care system has differentiated scientific policy advice services at its disposal. Yet, political decision makers only make use of them selectively. The reasons for this behaviour are to be sought in the political and in the scientific system. Both politics and science follow their own set of rules and perspectives, and these are often far from compatible. Political decision makers focus on gaining and retaining power, while science seeks to make true statements about the world. At the same time, society seems to be less in awe of science nowadays and therefore less willing to rely on it. This is largely due to the fact that science often produces inconclusive or contradictory results and that it lends itself to being exploited by politicians.

Keywords: political advice services, science, health care system

1 Politikberatung im Gesundheitswesen

Bekanntlich spielt Wissenschaft heute in nahezu allen Teilbereichen reicher Gesellschaften eine bedeutende, ja unverzichtbare Rolle – bereits der 1986 von Rolf Kreibich geprägte Begriff von der Wissenschaftsgesellschaft (Kreibich 1986) brachte dies zum Ausdruck. Dies trifft natürlich auch auf das Gesundheitswesen zu. Dabei geht es hier nicht allein um die – auf die Verbesserung der Krankenversorgung gerichtete – Nutzung von Naturwissenschaft und Technik, die noch bei Kreibich im Mittelpunkt steht, sondern auch um die vielfältigen Aspekte, die man mit dem Begriff Gesundheitspolitik assoziiert, also die Organisation, Finanzierung und Regulierung des Gesundheitssystems.

Wissenschaftliche Analyse und Beratung auf diesen Feldern hat sich in den vergangenen Jahrzehnten enorm aus-

differenziert und findet mittlerweile in unterschiedlichsten Formen und durch höchst unterschiedliche Akteure statt (Brede 2006). Im Zentrum stehen jene Formen und Einrichtungen institutionalisierter Politikberatung, die direkt an den Staat und die gemeinsame Selbstverwaltung angebunden sind und die auf einem gesetzlichen Auftrag beruhen. Zu den wichtigen Akteuren auf diesem Feld zählen das Robert Koch-Institut, die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen oder der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G). Daneben sind in den vergangenen Jahren zahlreiche Reformbestimmungen mit der Pflicht zur gesetzlichen Begleitevaluation auf den Weg gebracht worden (zum Beispiel zu den Wirkungen der Qualitätsverträge im Krankenhaussektor), die zumeist über Ausschreibungsverfahren an universitäre

¹Prof. Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas Gerlinger, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld
Telefon: 0521 1064565 · E-Mail: thomas.gerlinger@uni-bielefeld.de

oder private Forschungseinrichtungen oder Einzelpersonen vergeben werden. Die institutionalisierte Beratung durch den SVR-G wird durch die Sachverständigenräte für Umweltfragen und für Wirtschaft ergänzt, die häufig oder gelegentlich auch zu für die Gesundheitspolitik unmittelbar relevanten Fragen Stellung nehmen. Hinzu kommen Berichte diverser Enquete- oder Expertenkommissionen, die ebenfalls vielfältige Gesundheitsbezüge aufweisen (zum Beispiel der Altenbericht) – dies sind Kommissionen, in denen neben Persönlichkeiten aus Politik und Praxis eben auch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler vertreten sind. Darüber hinaus verfügen wichtige Akteure der Selbstverwaltung wie beispielsweise größere Krankenkassen und einzelne Krankenkassenarten, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft schon seit vielen Jahren über eigene Forschungseinrichtungen. Sie betreiben Forschung zur Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem-entwicklung aus der Perspektive und mit dem Ziel der Unterstützung ihrer jeweiligen Träger, was nicht bedeutet, dass ihre Ergebnisse deshalb a priori als bloß interessengeleitet abgetan werden können, weil auch sie die Methoden und Ergebnisse ihrer Untersuchungen für den wissenschaftlichen Diskurs öffnen müssen. Darüber hinaus ist das kaum noch überschaubare Feld der Auftragsforschung von Bedeutung, die überwiegend von privaten oder öffentlichen Organisationen im Gesundheitswesen sowie von staatlichen Einrichtungen und von Stiftungen finanziert wird. Eine Übersicht über die Formen und Institutionen wissenschaftlicher Politikberatung gibt Tabelle 1.

2 Unterschiedliche Perspektiven und Handlungslogiken

Die Frage nach der Praxiswirksamkeit der Vielzahl der von diesen Wissenschaftsakteuren produzierten Empfehlungen lässt sich nur schwer beantworten. Systematische Analysen zum Einfluss wissenschaftlicher Politikberatung auf politische Entscheidungen sind für die deutsche Gesundheitspolitik meines Wissens bisher nicht vorgelegt worden. Somit lässt sich nur ein subjektiver Eindruck formulieren, nämlich der, dass, legt man zum Beispiel die Reaktionen auf Empfehlungen des SVR-G zugrunde, Gesundheitspolitik nur sehr selektiv Empfehlungen aus der Wissenschaft folgt. Empfehlungen aus der Wissenschaft werden von politischen Akteuren vor allem dann befolgt, wenn sie mit den eigenen Zielvorstellungen und Interessen kompatibel sind. Insbesondere gilt dies für solche Themen, die stark von ideologischen Einstellungen oder handfesten Interessen geprägt sind, wie zum Beispiel Finanzierungsfragen. Auf einem noch ganz anderen Blatt steht die Frage, ob Politik dann, wenn sie Empfehlungen aus der Wissenschaft folgt, diese Maßnahmen nicht auch ganz ohne wissenschaftlichen Rat ergriffen hätte.

Auf einer allgemeinen Ebene hat dies erst einmal damit zu tun, dass Politik und Wissenschaft jeweils eigenen Relevanzkriterien und Logiken folgen. Dies ist besonders aus systemtheoretischer Perspektive herausgearbeitet worden; besonders Niklas Luhmann hat diese Sichtweise in den vergangenen Jahrzehnten geprägt (Luhmann 1990 und 2002). Demnach handelt es sich bei Politik und Wissenschaft um gesellschaftliche Teilsysteme, die auf der Grundlage eines spezifischen Leitwerts Unterscheidungen vornehmen, auf diese Weise die Komplexität ihrer gesellschaftlichen Umwelt reduzieren und sie nach dessen Maßgabe wahrnehmen. Diese Teilsysteme differenzieren sich entlang dieses Leitwerts aus und erbringen Leistungen für andere Teilsysteme und für die Gesellschaft insgesamt. Für das Wissenschaftssystem ist demzufolge die Unterscheidung von wahr und falsch konstitutiv. Es hat die Funktion, gesicherte Informationen über Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Sachverhalten bereitzustellen. Die Funktion des politischen Systems besteht darin, kollektiv verbindliche Entscheidungen zu treffen (vor allem in Form von Gesetzen oder Verordnungen) und für deren Einhaltung zu sorgen. Wer die Möglichkeit haben will, kollektiv verbindliche Entscheidungen zu treffen, benötigt Macht. Die Erlangung (und Aufrechterhaltung oder Erweiterung) von Macht ist daher der Leitwert des politischen Systems.

Diese Systeme agieren nur auf der Grundlage der systemspezifischen Unterscheidung (zum Beispiel wahr oder falsch) und (re)produzieren so ihre Eigenständigkeit. Zugleich sind sie umwelttoffen, das heißt, sie nehmen Prozesse und Entwicklungen in ihrer gesellschaftlichen Umwelt wahr und sind zum Teil auch von ihnen abhängig. So benötigt Politik Ergebnisse wissenschaftlicher Tätigkeit über politikrelevante Probleme, während das Wissenschaftssystem zum Beispiel auf die von der Politik bereitgestellten Ressourcen zu ihrer Bearbeitung angewiesen ist. Man muss nicht den Prämissen und Annahmen systemtheoretischer Perspektiven folgen, um anzuerkennen, dass Wissenschaft und Politik je eigene Perspektiven einnehmen und spezifischen Mechanismen gehorchen, die verständlich machen, weshalb ihr Zusammenwirken mitunter oder häufig schwierig ist.

3 Wissenschaft und Politik: die Transformationsproblematik

Aus der Perspektive der Wissenschaft scheint es beinahe selbstverständlich, dass Politik auf ihre Erkenntnisse zurückgreifen müsse. Das gilt auch für jene Akteure der Wissenschaft, die auf dem Feld der Gesundheitspolitik unterwegs sind. Die gesundheitspolitische Wirklichkeit in Deutschland – und nicht nur dort – steht aber in einem deutlichen Kontrast zu dieser Anforderung. Wohl alle Wissen-

TABELLE 1

Formen und Institutionen wissenschaftlicher Politikberatung im Gesundheitswesen (Auswahl)

Typus	Formen/Themen	Akteure/Institutionen (Beispiele)
Gesetzlich vorgesehene Analysen, Berichte und Evaluationen	Regelmäßige Berichterstattung, gesetzlich definierte Zwecksetzung, partiell direkte Vorgaben durch das zuständige Bundesministerium	Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen; auch: Sachverständigenräte für Wirtschaft und für Umwelt (mit Gesundheitsbezügen)
	Gesetzlich definierte Aufgaben, Beauftragung durch die gemeinsame Selbstverwaltung oder das Bundesministerium für Gesundheit	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen; Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
	Themenfeldbezogene Berichte mit Gesundheitsbezug (zum Beispiel Altenbericht)	Expertenkommissionen; Enquetekommissionen
	Gesundheitsberichterstattung	Robert Koch-Institut; Länder; Kommunen
Ressortforschung auf Bundes- und Landesebene, zumeist durch einzelne Ministerien	Aufgabenbeschreibung/Aufträge durch das zuständige Ministerium (Fachaufsicht); Forschungsprogramme, Aufträge oder Ausschreibungen einzelner Ministerien zum Thema Gesundheit (zum Beispiel „Road Map“ zur Gesundheitsforschung) oder mit Gesundheitsbezug	Robert Koch-Institut; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; universitäre oder außeruniversitäre Forschungseinrichtungen
Gemeinnützig (öffentlich oder privat) finanzierte Forschung mit oder ohne Themenbindung	Freie Themen oder thematische Bindung (Ausschreibungen), zum Beispiel durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft, die VolkswagenStiftung, die Bertelsmann Stiftung oder andere Stiftungen	Universitäre oder außeruniversitäre Forschungseinrichtungen
Auftragsforschung, finanziert durch Organisationen des Gesundheitswesens	Thematische Vorgaben durch Zuwendungsgeber je nach gesundheitspolitischer Problem- und Interessenlage	Universitäre oder außeruniversitäre Forschungseinrichtungen
Informelle Beratung für Organisationen des Gesundheitswesens	Thematische Vorgaben durch Zuwendungsgeber je nach gesundheitspolitischer Problem- und Interessenlage	Universitäre oder außeruniversitäre Forschungseinrichtungen

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2019

schaftlerinnen und Wissenschaftler gleich welcher Couleur werden konstatieren, dass die gesundheitspolitische Praxis mehr oder weniger deutlich hinter dem zurückbleibt, was wissenschaftliche Expertise der Gesundheitspolitik nahelegen würde. Diese Erfahrung findet ihren Ausdruck in der verbreiteten Forderung nach einer *evidence-based health policy* (Baicker und Chandra 2017). Zum manchmal schwierigen Zusammenwirken von Wissenschaft und Politik auf

dem Gebiet des Gesundheitswesens, so die These dieses Beitrags, tragen Probleme auf beiden Seiten bei.

3.1 Die Seite der Politik

Auf der Seite der Politik sind es verschiedenartige Mechanismen, die zu einer Nichtberücksichtigung wissenschaftlicher Expertise führen. Eine wichtige Voraussetzung für die

Berücksichtigung von Empfehlungen aus der Wissenschaft ist die Offenheit politischer Entscheidungsträger für wissenschaftliche Expertise. Man kann nicht ohne Weiteres davon ausgehen, dass sie überall gleichermaßen vorhanden ist. So bringen William Genieys und Patrick Hassenteufel (2005) den Wandel der Krankenversicherung in Frankreich seit den 1990er-Jahren in einen Zusammenhang mit dem Aufstieg neuer staatlicher Wohlfahrtseliten, die ein relativ geschlossenes Handlungsprogramm entwickelten, das sie gegen andere Akteure des Gesundheitswesens durchsetzten. Begünstigt wurde diese Entwicklung durch gemeinsame Grundüberzeugungen politischer Entscheidungsträger, die darauf beruhen, dass ein erheblicher Teil der politischen Entscheidungsträger Eliteschulen wie die *École nationale d'administration* (ENA) durchlaufen, in denen ein solches Verständnis geprägt wird. In Deutschland ist eine solche Kohärenz beziehungsweise Homogenität der Staatsvorstellungen bei politischen Eliten nicht anzutreffen, was sie – je nach politischer Wertung – offener oder anfälliger für externe Beratung und politische Konjunkturen macht. Hier hat in den zurückliegenden Jahrzehnten vor allem eine neoliberal ausgerichtete Gesundheitsökonomie nachhaltigen Einfluss auf politische Entscheidungsträger ausgeübt. Damit lässt sich zu einem gewissen Grad erklären, dass Deutschland Schritte in Richtung auf einen regulierten Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung gegangen ist, während Frankreich – bei allen Liberalisierungstendenzen – an seinen traditionellen Krankenversicherungsstrukturen im Wesentlichen festhielt.

Die Gründe für die Nichtbeachtung wissenschaftlicher Expertise sind unterschiedlich. Erstens ist Gesundheitspolitik Teil des politischen Systems, weshalb auch für gesundheitspolitische Entscheidungsträger der Leitwert der Macht von zentraler Bedeutung ist. Dieses Merkmal hat ganz unterschiedliche Auswirkungen. Überlegungen, die den Machterhalt betreffen, können unterschiedlicher Natur sein – etwa die Berücksichtigung der materiellen Interessen wichtiger Wählergruppen, die normative Akzeptanz von Entscheidungen oder die Abwägung zwischen unterschiedlichen Gütern. Ein wichtiger Aspekt besteht darin, dass Macht in demokratischen Gesellschaften über Wahlen zugewiesen wird. Dies führt häufig dazu, dass, so die These des amerikanischen Politikwissenschaftlers Anthony Downs (1957), Parteien sich gegenüber Wählern verhalten wie Unternehmen im Wirtschaftssystem gegenüber Kunden. Somit ist die (erwartete) Reaktion der Wähler ein bedeutendes Kriterium für das Ergreifen oder Nichtergreifen politischer Initiativen. Dabei müssen die Präferenzen oder Interessen der Wähler keineswegs mit dem übereinstimmen, was aus gesundheitlicher Perspektive wünschenswert wäre. Denken wir etwa nur an die Einführung einer O-Promille-Grenze im Straßenverkehr. Dabei muss es gar nicht um die Wahlbevölkerung als Ganzes gehen. Es mag bereits reichen, dass die Konsequenzen wissenschaftlicher Befunde mit den Interessen wichtiger Klientelen einer Partei kollidieren, um abgelehnt zu werden. Die

Transformation wissenschaftlich begründeter Empfehlungen in die Gesundheitspolitik scheitert also häufig daran, dass sie die Zustimmung der Bevölkerung oder parteipolitisch relevanter Klientelgruppen gefährdet oder eine solche Gefährdung befürchtet wird.

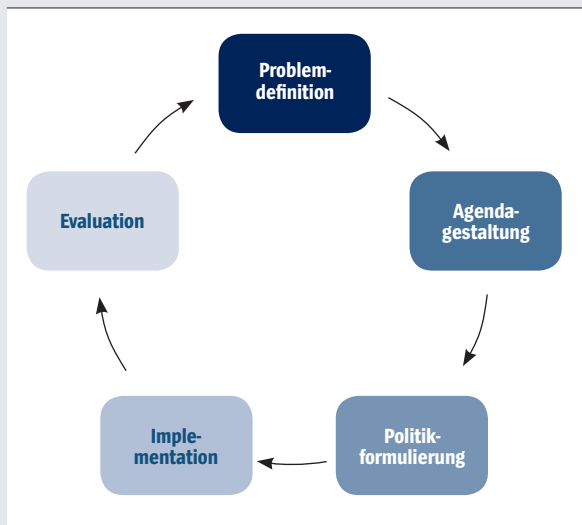
Es muss bei gesundheitspolitisch relevanten Entscheidungen oder Nichtentscheidungen nicht unbedingt um eine Verbesserung des Gesundheitszustands, eine bessere Prävention oder Krankenversorgung gehen. Dafür gibt es in der Geschichte der Gesundheitspolitik genügend Beispiele, denken wir nur an das politische Handeln im Dieselskandal. Dies bedeutet natürlich nicht, dass gesundheitliche Aspekte der Gesundheitspolitik gleichgültig sein müssen. Insbesondere dort, wo bei bestimmten Maßnahmen multilaterale Win-win-Situationen vorliegen oder mit guten Gründen zu erwarten sind, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass gesundheitspolitische Entscheidungsträger wissenschaftliche Erkenntnisse in entsprechendes Handeln umsetzen. Im anderen Fall kann man aber selbst dort, wo wissenschaftliche Befunde und Empfehlungen eindeutig sind, nicht davon ausgehen, dass die Politik sie befolgt. Ein gutes Beispiel hierfür ist der Pflegebedürftigkeitsbegriff des deutschen Pflegeversicherungsrechts. Er war in der Wissenschaft nahezu zwei Jahrzehnte lang übereinstimmend als defizitär kritisiert worden, bis das Leistungsrecht in der Pflegeversicherung entsprechend reformiert wurde.

Zweitens stehen politische Entscheidungen am Ende komplexer Prozesse, an denen zahlreiche Akteure beteiligt sind, deren Interessen Eingang in diese Entscheidungen finden. Dies ist gerade in Deutschland von großer Bedeutung, wo das zumeist zu Koalitionsregierungen führende Verhältniswahlrecht, das auch in der Gesundheitspolitik wirksame föderale Mehr-Ebenen-System und die über die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgende Institutionalisierung organisierter Interessen die Komplexität politischer Entscheidungsprozesse erhöhen. Auch für diese Akteure gilt, dass sie sich primär an ihren Eigeninteressen und an ihrem Machterhalt orientieren. Im politischen Tauschhandel kommt es dann in der Regel zu Kompromissen, bei denen wissenschaftliche Erkenntnisse häufig nur, wenn überhaupt, eine Randgröße darstellen, und oft nicht einmal das. Nehmen wir das Beispiel des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs: Für die Festlegung auf die Berücksichtigung von genau achtzig Krankheiten lassen sich wohl kaum wissenschaftliche Argumente anführen.

Drittens steht Gesundheitspolitik stets vor einem Implementationsproblem. Wissenschaftlich begründete Empfehlungen beinhalten stets Aussagen über die Zukunft. Insbesondere die Vorhersehbarkeit von Implementationsproblemen ist aber begrenzt, weil sich Rahmenbedingungen verändern können und mögliche Ausweichreaktionen beteiligter Akteu-

ABBILDUNG 1

Der Health Policy Action Cycle



Der Health Policy Action Cycle beschreibt politische Problembearbeitung als einen zyklischen Prozess. In der Wirklichkeit sind der unterstellte Ablauf dieses Prozesses sowie die unterstellte Rationalität und Problemlösungsabsicht aber häufig nicht anzutreffen.

Quelle: Knill und Tosun 2015: 18; Grafik: G+G Wissenschaft 2019

re nicht immer vorhersehbar sind. Ein gutes Beispiel ist der Versuch in der deutschen Gesundheitspolitik, neue Versorgungsmodelle (zum Beispiel integrierte Versorgung) auf den Weg zu bringen. Viele der bei der Implementation aufgetretenen Probleme wurden nicht vorhergesehen. Die Veränderung einzelner Steuerungselemente kann unvorhergesehene Wirkungen an anderen Stellen erzeugen.

Viertens liegt der Nutzen von Reformen häufig jenseits der meist kurzfristigen Planungshorizonte politischer Akteure, die sich zumeist an den nächsten Wahlen orientieren. Sollten mit Reformen kurz- oder mittelfristige Legitimationsrisiken verbunden sein, dürfte eine Regierung im Allgemeinen kaum zur Reform geneigt sein, auch wenn damit ein langfristiger Nutzen verbunden sein sollte.

Fünftens ist zu beachten, dass Reformen, auch wenn sie wissenschaftlich begründet sein mögen, die Politik vor erhebliche Probleme stellen können. Häufig schränken einmal getroffene Entscheidungen zukünftige Entscheidungen ein, vor allem weil die ökonomischen und politischen Transaktionskosten einer Reform zu hoch sind. Darin liegt ein wichtiger Grund für den Verzicht auf Reformen oder für die Beschränkung ihrer Reichweite. Auch aus diesem Grund ist die typische Form politischen Wandels die inkrementelle

Reform und nicht der große Wurf. So hat der amerikanische Ökonom Paul David am Beispiel der Schreibmaschinentastatur gezeigt, dass einmal getroffene Entscheidungen Interessen und Strukturen etablieren können, die eine große Beharrungskraft entwickeln (David 1985). So können suboptimale Strukturen fortbestehen, auch wenn bereits bessere Lösungen bereitstehen. Noch heute schreiben wir auf einer Tastatur mit der Buchstabenanordnung QWERTY (deutsch: QWERTZ), obwohl lange bekannt ist, dass sie unter ergonomischen Gesichtspunkten suboptimal ist.

Sechstens können Konflikte zwischen Empfehlungen aus der Wissenschaft mit anderen Zielen entstehen. Dies ist etwa der Fall, wenn Kostensenkungen durch Zuzahlungen oder Selbstbehalte den Zugang sozial Schwacher zur medizinischen Versorgung gefährden. Die Abwägung und Präferenzbildung bei solchen Zielkonflikten kann nicht wissenschaftlich, sondern nur normativ erfolgen. Es handelt sich um eine ureigene Aufgabe der Politik.

Aus den genannten Gründen ist der gerne und häufig zur Analyse politischen Handelns verwendete Health Policy Action Cycle auch nur sehr bedingt realitätsgerecht. Er unterstellt einen regelmäßigen Ablauf politischer Entscheidungsprozesse – von der Problemdefinition über die Zielbestimmung und die Bestimmung eines Handlungsprogramms, auf die die Umsetzung und eine Evaluation der ergriffenen Maßnahmen folgt, um sodann in einen neuen Zyklus zu münden (Abbildung 1). Gesundheitspolitik wird aus dieser Perspektive als eine sich beständig weiterentwickelnde und auf die Problemlösung gerichtete Lernspirale konzipiert. Die Wirklichkeit gesundheitspolitischer Prozesse weicht vor allem in folgender Hinsicht von dem hier zugrunde gelegten Schema ab. Erstens lassen sich die einzelnen Ebenen oft nicht trennscharf unterscheiden (Héritier 1993) und handelt es sich nicht unbedingt um zeitlich aufeinanderfolgende Phasen des Politikprozesses; zweitens vollzieht sich die Formulierung und Implementation politischer Maßnahmen in aller Regel nicht als Top-down-Handeln (Knill und Tosun 2015); drittens weist der Politikzyklus in aller Regel nicht ein derartiges Maß an Rationalität auf (Howlett et al. 2009); viertens beinhaltet das Modell einen „Problemlösungsbias“ (Mayntz 2001), von dem sich die Analyse politischer Steuerung häufig leiten lässt.

3.2 Die Seite der Wissenschaft

Ohne Zweifel hat Wissenschaft eine Vielzahl von wichtigen Erkenntnissen produziert, von denen nicht wenige auch in das politische Handeln eingeflossen sind. Als Beispiele seien hier nur die Modernisierung von Gesundheitsförderung und Primärprävention, die Ergebnisse der Versorgungsforschung, die Forschung zur Qualitätssicherung auf den verschiedensten Gebieten sowie zur Sozialepidemiologie und zur Partizi-

TABELLE 2

Hindernisse für die Transformation von Wissenschaft in Politik

Empfehlungen aus der Wissenschaft ...	Entscheidungen der Politik ...
... sind mitunter nicht eindeutig oder widersprüchlich und können dann für die Politik auch kaum handlungsleitend sein;	... orientieren sich primär an den wahrgenommenen oder tatsächlichen Auswirkungen auf die Macht der betreffenden politischen Akteure und nicht unbedingt an einer sachlichen Problemlösung;
... beinhalten gerade in der Gesundheitspolitik angesichts der multifaktoriellen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit häufig keine zuverlässigen Angaben über die Wirksamkeit der empfohlenen Maßnahmen;	... beziehen sich häufig auf kurz- oder mittelfristige Planungen, bei denen in demokratischen Gesellschaften Wahltermine ein wichtiger Orientierungspunkt sind;
... sind häufig Folge einer normativ geleiteten Selektion von Relevanzkriterien;	... stehen am Ende komplexer Prozesse, die von zahlreichen Akteuren und deren Interessen mitgestaltet werden;
... sind mitunter Folge einer vorangegangenen Indienstnahme von Wissenschaft (beziehungsweise Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern) durch die Politik;	... sind in ihren Spielräumen häufig durch vorangegangene Entscheidungen eingeschränkt, also pfadabhängig;
... führen für die Politik häufig zu Zielkonflikten, über die nicht wissenschaftlich, sondern nur normativ entschieden werden kann.	... werden häufig nach Maßgabe relevanter Interessen getroffen und befreien Politik nicht von der Notwendigkeit normativer Abwägungen, gerade bei nicht eindeutigen wissenschaftlichen Befunden und bei Zielkonflikten.

Quelle: eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft | 2019

pation genannt. Allerdings zeigt sich bei wichtigen Themen auch, dass Wissenschaft häufig nicht zu solchen Ergebnissen kommt, aus denen sich eindeutige Handlungsempfehlungen ableiten lassen. In nicht wenigen Fällen findet ein und dasselbe Problem in der Wissenschaft unterschiedliche, bisweilen sogar gegensätzliche Antworten (Tabelle 2) – denken wir etwa nur an die Bewertung der Disease-Management-Programme oder die Auswirkungen der Einführung von Fallpauschalen bei der Vergütung von Krankenhausleistungen.

Warum die Ergebnisse wissenschaftlicher Analysen häufig voneinander abweichen, ist eine interessante Frage, die nur schwer zu beantworten ist. Vermutlich liegt ein wichtiger Grund darin, dass jede wissenschaftliche Analyse die Komplexität des Gegenstands reduzieren muss. Die Selektion von Aspekten oder Relevanzkriterien fällt bei Wissenschaftlern unterschiedlich aus, sei es wegen der jeweiligen normativen Ausgangspunkte oder wegen der von Auftraggebern erwünschten oder auferlegten Beschränkungen. Die Selektion erfolgt wiederum unter pragmatischen oder auch normativen Gesichtspunkten. Wissenschaft vermag daher auch nicht immer den eigenen Objektivitätsanspruch zu

erfüllen. In solchen Fällen liefert Wissenschaft keine eindeutig verwertbaren Orientierungspunkte für politisches Handeln.

In der Gesundheitspolitik tritt ein weiteres Problem wissenschaftlicher Expertise mit besonderer Deutlichkeit hinzu: Die Komplexität der Voraussetzungen von Gesundheit und der Ursachen von Krankheit. Aussagen über die Wirksamkeit empfohlener oder ergriffener Maßnahmen sind häufig mit einer großen Unsicherheit behaftet. Handlungsempfehlungen sind notwendigerweise ohnehin immer in die Zukunft gerichtet und daher mit einer Ungewissheit verbunden, die sich aus der möglichen Veränderung der Rahmenbedingungen und nicht antizipierten Ausweichreaktionen beteiligter Akteure ergibt. Rückblickend ist es oftmals schwer, die tatsächlichen Effekte eingesetzter Steuerungsinstrumente zu bewerten, weil sie sich – wenn überhaupt – zumeist erst nach Jahren messen lassen und angesichts der Vielzahl von Einflussfaktoren die Rolle einzelner Steuerungsinstrumente nur schwer auszuleuchten ist. Beispiele hierfür sind die Messung der Qualität der gesundheitlichen Versorgung oder die Messung der Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen.

Darüber hinaus versucht Politik in wachsendem Maße, Wissenschaft für eigene Zwecke in Dienst zu nehmen. So erhalten zu den erwähnten Beiräten, Kommissionen, Gutachten etc. bevorzugt solche Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler privilegierten Zugang, bei denen man aufgrund gesättigter Erfahrung davon ausgehen kann, dass ihre Befunde mit den Positionen der betreffenden politischen Akteure kompatibel sind. Bei konfliktbeladenen Themen kann jede Partei und jeder Verband Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler präsentieren, die im Namen der Wissenschaft die jeweilige Position stützen. Auf diese Weise kommt es zu einer Politisierung von Wissenschaft. Uwe Schimank sagt vor diesem Hintergrund dazu: Die „teilsystemische Autonomie der Wissenschaft gegenüber zu starken und zu einengenden außerwissenschaftlichen Nutzenzumutungen bleibt prekär – gerade dadurch, dass die Wissenschaft organisatorisch von anderen gesellschaftlichen Teilsystemen abhängig ist“ (Schimank 2012, 122).

Beide Merkmale – die häufige Widersprüchlichkeit und Uneindeutigkeit wissenschaftlicher Befunde einerseits, die Politisierung der Wissenschaft andererseits – haben dazu geführt, dass in modernen Gesellschaften Wissenschaft ihren Nimbus als neutrale, allein der Rationalität verpflichtete Instanz eingebüßt hat. Es gehört zu den Paradoxien moderner Gesellschaften, dass die Wissenschaft als Legitimationsressource für politische Entscheidungen trotz des Verlusts ihrer Orientierungsfunktion nach wie vor von ungebrochener Relevanz ist (Weingart 2001). Der Verweis auf wissenschaftliche Expertise stattet Akteure – auch im Gesundheitswesen – mit Deutungsmacht aus. Er wird zur Untermauerung eigener Positionen genutzt und scheint dafür auch unverzichtbar. Die Wissenschaft hat in der Öffentlichkeit aber an Glaubwürdigkeit verloren.

4 Fazit

Politik und Wissenschaft folgen als gesellschaftliche Teilsysteme unterschiedlichen Handlungslogiken. Dies ist es, was ihr Verhältnis bisweilen so schwierig macht. In vielen Fällen hat wissenschaftliche Expertise durchaus Eingang in gesundheitspolitisches Handeln gefunden. Ohne Zweifel ist dies häufig aber auch nicht der Fall. Gründe für das nicht immer gedeihliche Zusammenwirken liegen auf beiden Seiten.

Die Wissenschaft selbst produziert häufig nicht eindeutige oder gar widersprüchliche Ergebnisse und kann insofern für die Politik nicht wirklich handlungsleitend sein, sondern dient gerade in solchen Fällen lediglich als Legitimation für ohnehin bezogene Positionen. Tatsächliche Wirkungen politischer Maßnahmen, darin eingeschlossen unerwünschte Nebenwirkungen, lassen sich in vielen Fällen nicht zuverlässig

abschätzen und Implementationsprobleme häufig nicht vorhersehen. Die Politik wiederum orientiert sich in ihrem Handeln stark am Machterhalt. Dies trifft auch auf gesundheitspolitische Entscheidungen zu. Wissenschaftliche Expertise ist nur einer von mehreren Gesichtspunkten, die dafür von Bedeutung sind. Zwar ist eine normative Orientierung an gesundheitsbezogenen Belangen auch gegen die eigenen Machtinteressen prinzipiell möglich – und gelegentlich auch anzutreffen –, allerdings eben auch nicht wahrscheinlich. Politischem Handeln im Gesundheitssystem liegen also eigene Relevanzkriterien zugrunde, die keinesfalls mit gesundheitsbezogenen Erfordernissen kompatibel sein müssen. Die Widersprüchlichkeit von Befunden und die Politisierung, der die Wissenschaft selbst unterliegt, haben dazu beigetragen, dass die Wissenschaft manches, wenn nicht gar vieles von ihrem Nimbus als neutrale, objektive Instanz verloren hat.

Zudem bringen wissenschaftlich begründete Empfehlungen häufig Zielkonflikte mit sich, über die nicht wissenschaftlich, sondern nur normativ entschieden werden kann. Dies zu tun, kann in demokratischen Gesellschaften nur Aufgabe der Bürgerinnen und Bürger oder der in ihrem Auftrag handelnden politischen Entscheidungsträger sein. Dass Politik sich durchgängig an wissenschaftlichen Befunden orientiert, ist insofern nicht nur eine unrealistische Erwartung, sondern auch nicht wünschenswert. Selbst wenn man unterstellt, sie würde intersubjektiv als wahr anerkannte Erkenntnisse produzieren: Der Wissenschaft den Vorrang vor der Politik einzuräumen, hieße, einer Experten- oder Technokratenherrschaft das Wort zu reden, die mit demokratischen Prinzipien nicht vereinbar ist.

Dies mag man aus Perspektive der Wissenschaft bedauern. Was die Wissenschaft tun kann (und was wiederum zu ihren Aufgaben zählt), ist, mit den Mitteln der Wissenschaft auf die Folgen normativer Entscheidungen aufmerksam zu machen. Und sie kann versuchen, wenn ihr an der Praxiswirksamkeit ihrer Ergebnisse gelegen ist, sich in ihrer Praxis stärker die spezifischen Eigenlogiken der Politik zu vergegenwärtigen und sie zu berücksichtigen – allerdings ohne ihre eigene Identität und die dafür konstitutiven Entscheidungskriterien aufzugeben.

Literatur

- Baicker K, Chandra A (2017):** Evidence-Based Health Policy. The New England Journal of Medicine, Vol. 377, No. 25, 2413–2415
Brede F (2006): Politikberatung in der Gesundheitspolitik. In: Falk S, Römmele A, Rehfeld D, Thunert M (Hrsg.): Handbuch Politikberatung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 437–448

David PA (1985): Clio and the Economics of QWERTY. American Economic Review, Vol. 75, No. 2, 332–337

Downs A (1957): An Economic Theory of Democracy. New York: Harper & Brothers

Genieys W, Hassenteufel P (2005): The Shaping of New State Elites: Healthcare Policymaking in France since 1981. Comparative Politics, Vol. 47, No. 3, 280–295

Héritier A (1993): Einleitung: Policy-Analyse. Elemente der Kritik und Perspektive der Neuorientierung. In: Héritier (Hrsg.): Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung. PVS – Politische Vierteljahresschrift, Jg. 34, Sonderheft 24, 9–36

Howlett M, Ramesh M, Perl A (2009): Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems. Ontario: Oxford University Press

Knill C, Tosun J (2015): Einführung in die Policy-Analyse. Stuttgart: UTB

Kreibich R (1986): Die Wissenschaftsgesellschaft: von Galilei zur High-Tech-Revolution. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Luhmann N (1990): Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Luhmann N (2002): Die Politik der Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Mayntz R (2001): Zur Selektivität der steuerungstheoretischen Perspektive. In: Burth HP, Görlitz A (Hrsg.): Politische Steuerung in Theorie und Praxis. Baden-Baden: Nomos, 17–27

Schimank U (2012): Wissenschaft als gesellschaftliches Teilsystem. In: Maasen S, Kaiser M, Reinhart M, Sutter B (Hrsg.): Handbuch Wissenschaftssoziologie, Wiesbaden: Springer VS, 113–123

Weingart P (1983): Verwissenschaftlichung der Gesellschaft – Politisierung der Wissenschaft. Zeitschrift für Soziologie, Jg. 12, Heft 3, 225–241

Weingart P (2001): Die Stunde der Wahrheit? Studienausgabe: Zum Verhältnis der Wissenschaft zu Politik. Wirtschaft und Medien in der Wissensgesellschaft. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 18. Dezember 2018)

DER AUTOR



Thomas Gerlinger,

Jahrgang 1959, hat Politikwissenschaft, Soziologie, neuere Geschichte und Philosophie an der Philipps-Universität in Marburg studiert. Von 1993 bis 1998 war er wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Goethe-Universität Frankfurt und von 1999 bis 2004 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Arbeitsgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Von 2004 bis 2010 lehrte er als Professor für Medizinische Soziologie an der Goethe-Universität Frankfurt. Seit 2010 ist er Professor für Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Gesundheitspolitik sowie Gesundheitssystementwicklung in Deutschland und im internationalen Vergleich.