Editorial

Soziologie der Gesundheitsversorgung

Die vieldiskutierte Krise der Krankenversorgung wird durch eine Vielzahl von Phänomenen illustriert. Besonders beeindruckend ist das der Kostenexplosion im Gesundheitswesen. Obwohl durchaus fraglich ist, ob das Problem eher auf der Einnahmen- als auf der Ausgabenseite angesiedelt ist und man sich mit Hagen Kühn zu Recht wundern darf, wie etwas mehr als zwanzig Jahre lang explodieren kann, repräsentiert die Metapher der Kostenexplosion das Zentralproblem der Gesundheitsversorgung schlechthin. Knappe finanzielle Ressourcen, Sparzwänge, extrem belastende Arbeitsbedingungen im ärztlichen und pflegerischen Dienst der klinischen Versorgung, wachsende Qualitätsrisiken, Behandlungsengpässe und vieles mehr erscheinen nicht nur Kritikern des medizinischen Systems als natürliche Folge des ausufernden Leistungsgebarens einer technikbegeisterten und innovationsfreudigen Profession. Ständig neue, meist aufwendigere und entsprechend kostentreibende Diagnostik- und Therapieangebote werden daher zunehmend als limitierende Faktoren des Fortbestehens der umfassenden solidargemeinschaftlichen Gesundheitsversorgung identifiziert.

Weil der medizintechnische Fortschritt offenbar als grenzenloser Prozeß gesehen wird und seine Durchsetzungsdynamik gesundheitspolitisch nicht beherrschbar erscheint, konnten sich zwei Begriffe während der letzten Jahre einer besonderen Konjunktur erfreuen: der der Rationalisierung und der der Rationierung. Beide versprechen sie mit unterschiedlichen Vorzeichen die Aussicht auf Kosteneinsparungen. Während die Rationierung medizinischer Leistungen – im Extrem bedeutet dies die selektive Vorenthaltung medizinisch effektiver und im Einzelfall auch notwendiger Behandlungsmaßnahmen – vom Sachverständigenrat lediglich als letzte Konsequenz mitgedacht wird, ist sie in einigen Versorgungsbereichen bereits Realität geworden. Die offizielle Sprachregelung lautet allerdings noch immer: Rationalisierung vor Rationierung. Verschiedentlich stößt man aber auch schon auf die bereits zum Konzept geronnene Wortkombination der „rationalen Rationierung“. Gemeint ist damit die vergleichende Quantifizierung des prognostizierten Behandlungserfolges von Patienten bzw. der Effizienz alternativer Therapien. Für letzteres hat sich im internationalen Sprachgebrauch der legitimationsfähigere Begriff des „Priority Setting“ etabliert.

Dies alles zeigt vor allem eines: Die Problemlagen des Gesundheitswesens werden bevorzugt in einer Weise diskursiviert, als wären sie in ihrem Zuschnitt geradezu ideal für Lösungsmuster, die dem ökonomischen Kalkül entspringen. Die rasche Konjunktur der Gesundheitsökonomie vermittelt davon einen Eindruck. Verstanden als „Lehre vom optimalen Umgang mit Knappheit in der Gesundheitsversorgung“ (Neubauer) verfügt sie in der gegenwärtigen Situation zumindest über das passende Gebrauchswertver-

sprechen. Der Nutzen dieser relativ neuen Disziplin muß sich jedoch erst noch erweisen. Sicherlich wird er sich in Zahlen ausdrücken. Die Gesundheitsversorgung ist jedoch nicht nur ein Zahlengebilde, sie ist vor allem ein Sozialgebilde. Und da gilt: Nicht alles, was sich quantifizieren läßt, ist relevant, und nicht alles, was relevant ist, läßt sich quantifizieren.

Es ist gut, wenn eine Wissenschaft ihre Grenzen kennt. Die Soziologie hat dies schon deutlich erfahren müssen. Und zwar schmerzhaft. Unter dieser Erfahrung leidet manchmal bis heute die Rückbesinnung auf die eigenen Stärken. Schließlich war es bereits Max Weber, der sich ausgiebig mit unterschiedlichen Typen der Rationalität auseinandergesetzt hat. Die ökonomische Rationalität ist nur eine davon. Vielleicht ist es gerade auf dem Gebiet der gesundheitlichen Versorgung eine Frage der Angemessenheit, Rationalitäten entsprechend ihrer situationsspezifischen Bedeutung zu gewichten. Die Rationierungsdiskussion in Orgeon hat dafür ein Beispiel geliefert. Das ursprünglich dominante QALY-Kalkül kollidierte letztlich mit den Wertorientierungen der Betroffenen. Nicht die als hocheffizient eingestufte Therapie gegen Daumenlutschen blieb im Behandlungsplan, sondern einige der zunächst ausgegrenzten Therapien zur Rettung und Verlängerung von Leben kamen neu hinzu – unabhängig von ihrer teils geringen gesundheitsökonomischen Effizienz.

Sozialer Wandel gehört zu den Grundthemen der Soziologie. Das System der Gesundheitsversorgung befindet sich – nicht zuletzt durch seine Ökonomisierung – mitten in einer sozialpolitischen und medizinethischen Umbruchsituation. Grundlegende Veränderungen des Solidaritätsgedankens (Marginalisierung von Risikopersonen), der Arzt-Patient-Beziehung, des Dienstleistungscharakters der Gesundheitsversorgung zeichnen sich ab. Technisierungsprozesse, professionelle und institutionelle Ausdifferenzierung, aber auch neue Formen der Kooperation und Vernetzung verändern nicht nur die handlungsleitenden Strukturen des Versorgungssystems, sondern auch die Rolle seiner Akteure. Kann der Arzt heute noch Anwalt seiner Patienten sein? Inwieweit ist er schon (als Gatekeeper oder Budgetverwalter) in Konflikt mit dem Behandlungsbedarf von Patienten geraten und zum Anwalt seiner eigenen Einkommensinteressen geworden? Inwieweit ist er bereits zum Anwalt des Versicherungssystems geworden und betrachtet den konkreten Patienten aus einer eher statistischen Perspektive?

Die Soziologie begann sich erst in den letzten Jahren wieder verstärkt einem Handlungsfeld – oder auch System – zuzuwenden, in dem sie einst sehr produktiv war: der Krankenhausforschung. Die Arbeiten von Perrow, Strauss, Goffman und Rohde gaben der Organisations-, Arbeits-, Handlungs- und selbst der Techniksoziologie interessante Impulse – sowohl konzeptionell als auch methodisch. Von der soziologischen Krankenhausforschung profitierte jedoch nicht nur die Disziplin selbst. Auch die Akteure der Gesundheitsversorgung erhielten aufschlußreiche Einblicke in die Funktionsweise ihres sozialen Systems. Wichtige Strukturen, Ziele, Normen, Beziehungen, Interdependenzen, Rollen, Konfliktpotentiale, Motive und Verhaltensmuster konnten in neuem Licht sichtbar gemacht werden. Ihre Kenntnis ist für eine erfolversprechende Gestaltung der Gesundheitsver-

sorgung unverzichtbar. Selbst vieles, was als Kritik gemeint war oder als solche mißverstanden wurde, erwies sich für die Praxis durchaus als hilfreich.

An dieser erkenntnisorientierten Tradition sollte eine Soziologie der Gesundheitsversorgung anknüpfen. Denn eines wurde aus früheren Studien immer deutlich: Für komplexe Sozialsysteme gibt es keine einfachen Rezepte. Die Soziologie als Wissenschaft wäre daher gut beraten, solche nicht zu entwickeln – so sehr sie im Gesundheitswesen momentan nachgefragt sein mögen und so sehr auch manche Nachbardisziplinen davon zu profitieren wissen.

Priv.-Doz. Dr. Günter Feuerstein, Hamburg

Liebe AbonnentInnen,

leider sehen wir uns gezwungen, ab 1998 die Bezugspreise dieser Zeitschrift zu erhöhen. Ab 1. Januar 1998 kostet das Abonnement DM 108,-. Die Versandkosten betragen DM 8,- im Inland, im Ausland unverändert DM 20,-.

Wir hoffen auf Ihr Verständnis.
Juventa Verlag