

## Editorial

Organisationen, in denen persönliche Dienste geleistet werden (z.B. Gesundheitswesen, Bildungswesen, Sozialwesen, Altersversorgung usw.) werden im Zuge neoliberaler Staatsauffassungen vorwiegend unter dem Primat von Kostentransparenz und -effizienz gesehen und reorganisiert. Die nicht vorhandenen oder schlechten »Geschäftspraktiken« sollen durch Wettbewerb unter Menschen und Betrieben (Krankenhäusern, Krankenkassen, Ärzten usw.) als Motor der Modernisierung verbessert werden. Dieses, aus dem industriellen Management übernommene Postulat, konzentriert sich auf die ökonomische Effizienz. Man sucht so – im Sinne von Kosteneffektivität – vorwiegend billigere Substitute für Leistungen der sie erbringenden Einrichtungen.

Dieser für die einzelwirtschaftliche Güterproduktion angebrachte Reduktionismus und Ökonomismus ist als allgemeines Steuerungsmodell für die genannten gesellschaftlichen Teilbereiche kontraproduktiv: die dem Modell folgende Auswahl, Standardisierung und Vereinheitlichung von Dienstleistungsprodukten verwechselt und ersetzt die personale Situation des Hilfesuchenden mit der des Konsumenten einer materiellen Ware oder frei konsumierbaren Dienstleistung (etwa der Unterhaltungsindustrie). In extremis werden dann nur solche medizinischen oder sozialen »Produkte« bezahlt, die diesem Modell entsprechen. Die Abweichungen von der Norm, die das zentrale-professionelle und praktische Problem jeder Individualtherapie sind, existieren in dieser industriellen Systemtheorie und Herrschaftspraxis über das Gesundheitswesen nicht mehr.

Wenn viele Aspekte des Gesundheitswesens in seinem gegenwärtigen Zustand nahelegen, daß nur finanzielle Steuerungsmechanismen etwas bewirken, wie z.B. die Tatsache, daß nach Änderung von Bezahlungs- und Bewertungssystemen (EBM) sich plötzlich Krankheits- und Konsultationsziffern vervielfachen oder daß die Aufnahme in den Leistungskatalog zu einer unmittelbaren Inflation von Untersuchungstätigkeiten führt (und damit auch zu einer diagnostischen Epidemie), so zeigen diese Befunde eher, daß schon in der Vergangenheit Motivations- und Organisationsstrukturen eine extreme Schiefelage hatten. Die entscheidende Problematik aller finanziellen Anreizsysteme ist, daß die Beteiligten lernen, das wahrzunehmen und zu tun, was dieser Struktur entspricht und andere Bedürfnisse beiseite schieben. Die Quellen der

Effektivität persönlicher Dienstleistungen und die Qualität von Organisationen, in denen sie stattfinden, hängt von vielen historischen Entwicklungen, sozialen Kontexten und vorherrschenden Ideologien ab. Wie Modernisierung im Sinne humanerer, ethischerer und bedürfnisorientierterer Dienste geschaffen werden kann, ist eine allgemeine Problematik und nicht nur Aufgabe unmittelbarer staatlicher Politik. Gesundheitsdienste sind Teil der Gesamtgesellschaft und können für das Individuum keine Qualität bewahren, wenn sie nicht eine breite Unterstützung durch die Gesellschaft erfahren. Die Schaffung von Institutionen, die ihre Aufmerksamkeit auf die individuellen Bedürfnisse von Menschen richten und diese Orientierung unter den dominanten ökonomischen und politischen Werten und Belohnungsstrukturen aufrechterhalten, ist die zentrale Herausforderung und sollte im Zentrum der politischen Debatte stehen.

Leistungsangebote erfordern im Bereich des Gesundheitswesens mehr denn je einen hohen Grad an Professionalisierung im Sinne von fachlicher Spezialisierung, Arbeitsteilung und Kooperation unter den hierfür geeigneten organisatorischen Rahmenbedingungen. Die dem Ideal der Einzelpraxis verhaftete Standespolitik hat auf diese Problematik bisher kaum Antworten gefunden und sich damit in eine aktuelle Sackgasse manövriert. Die reale Komplexität des Gesundheitswesens macht aber all die grundsätzlichen Fragen um professionelle Autonomie, Patientenorientierung, Bürokratisierung, Anreizsysteme, Organisationsmodelle usw., die sich früher bereits stellten, eher aktueller. Wenn die organisierte Ärzteschaft hier kaum offensiv ist, müssen andere gesellschaftliche Organisationen umso mehr dazu beitragen.

Die amerikanischen Modelle, z.B. *managed care*, sind eher in den Köpfen vorhanden, als daß sie unmittelbare Bedeutung für das deutsche Gesundheitswesen hätten. Vorbildliche Einzelbeispiele lassen sich ja aufgrund der Vielfalt des amerikanischen Nicht-Gesundheitssystems immer finden. Auch dort gibt es staatliche Systeme für gesellschaftliche Teilbereiche, z.B. für die Indianerreservate, die Kriegsveteranen und deren Familien. Sie gleichen sowohl von der Größe als auch von der Organisation her einem staatlichen Versorgungssystem und sind doch nur Unterabteilungen einer anderen Gesamtheit. Hagen Kühn zeigt die vorhanden Tendenzen dieser Gesamtheit als Einbeziehung des Gesundheitswesens in die Sphären von Kapital und allgemeiner Wirtschaftstätigkeit auf.

Deutschland steht erst am Beginn einer Entwicklung, die mehr beinhaltet als Budgetierung und einfache Kostendämpfung. Schweden und England mit quasi nationalen Gesundheitsdiensten haben schon

früher versucht, neue Steuerungsmodelle einzuführen. Dies wird durch Finn Diderichsen unter den Leitideen Markt und Wettbewerb und durch R. Reintjes u.a. unter Markt und/oder staatliche Steuerung untersucht (siehe auch Iliffe, *Jahrb. für kritische Medizin* 25, S.134).

Harry Hemingway stellt die Ideen A. Cochrane's dar, die in England zur Einführung einer »evidence based medicine«, der Frage der Anwendung wirksamer Prinzipien als Voraussetzung der effektiven Herstellung von Gesundheit geführt haben.

Wie wenig in der universitären Sozialisation des Arztes das Wissen der Epidemiologen vorkommt, daß die Gesundheitsversorgung im allgemeinen einen geringeren Einfluß auf die Gesundheit der Bevölkerung nimmt als die soziale und materielle Lebenssituation, also soziale Ungleichheit sich unmittelbar auch in vermehrter Krankheit ausdrückt, tradierte Prioritäten weiterhin die Curricula bestimmen, stellt U. Schagen zur Diskussion.

Der Band enthält zusätzlich ein Register zu allen Aufsätzen dieser Reihe von 1987 bis 1997, das an das 1987 im Jahrbuch für kritische Medizin 12 erschienene Register von 1970 bis 1986 anschließt, als Hilfe für die Suche nach thematisch geordneter Information.

Die Redaktion entschuldigt sich bei Abonentinnen und Leserinnen für die einjährige Verspätung von Band 26 und 27. Sie ist auch zurückzuführen auf eine Reformdebatte und Neuorientierung in der Redaktion, deren Ergebnis in Band 28 sichtbar werden soll. Dieser erscheint wegen der Verzögerungen unmittelbar im Herbst 1997.