Prof. Dr. Werner Vogd

Versorgungsstrukturen und Patientenrolle im Wandel der Medizin und des Gesundheitssystems

Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag rekonstruiert den Wandel des Gesundheitssystems von der vormodernen zur postmodernen Medizin und unterscheidet dabei drei Phasen: eine vorrangig interaktionsorientierte, eine vorrangig bürokratisch und eine vermehrt netzwerkförmig organisierte Medizin. Es werden aus einer soziologischen Perspektive die Eigenarten der jeweiligen Steuerungsformen herausgearbeitet und Konsequenzen für die Versorgungsforschung angedeutet.

Schlüsselwörter

Patientenrolle, Vertrauen, Misstrauen, Gesundheitssystem, Netzwerke

Aus heuristischen Gründen lohnt es sich für unsere Zwecke die primäre Organisationsform der Medizin in drei Phasen einzuteilen: I. die Medizin der traditionalen Gesellschaft, II. die Medizin der modernen Gesellschaft und III. die Medizin der nächsten Gesellschaft (s. ausführlich Schubert and Vogd 2008; Vogd 2011). Die Medizin der traditionalen Gesellschaft - man denke etwa an die höfische Medizin des 17. Jahrhunderts, man könnte aber ebenso die indigenen Heilkulturen von Stammesgesellschaften betrachten - war von ihrer Praxisorganisation primär eine interaktionsorientierte Medizin (vgl. Eckart 1998). Üblicherweise fand ein ausführliches Krankenexamen im häuslichen Kontext statt. Diagnose und Therapie wurden mit dem Patienten ausgehandelt, wobei der unmittelbare soziale Kontext berücksichtigt werden konnte. Die Bedeutung der interaktiven Aushandlungsprozesse war seitens des Behandlers allein schon deshalb unhintergehbar, um Folgeaufträge zu sichern.

>> Die Medizin der Moderne ist eng verbunden mit der „Geburt der Klinik" (Foucault 1988), bei dem in einer spezifischen politischen und ökonomischen Konstellation die Behandlung von Krankheit nunmehr als staatliche Aufgabe verstanden wurde, dies aber mit einer Auffassung der Patienten einherging, die diesen primär als entindividualisierten Körper betrachtet. Wir finden nun einen entpersonalisierten Patienten, der - von seinem sozialen Umfeld dekontextualisiert - primär mit Blick auf seine Organsysteme betrachtet wird. Möglich wurde dies durch eine besondere politische und ökonomische Lagerung, in welcher die Gesundheit der Bevölkerung zunehmend als ein für den Staat relevantes Gut betrachtet wurde und parallel über die Sozialversicherung (bzw. äquivalenten Formen) ein Finanzierungsmodus institutionalisiert wurde, der die Bezahlung von Behandlungsleistungen vom Patienten abtrennte. In Verbindung mit der hiermit entstehenden Patientenrolle (Gesundheit als Bürgerpflicht), die den Patienten zur Passivität aufforderte, entstand jene für die medizinische Wissenschaft außerordentlich produktive Konstellation, am Patienten forschen und neue Therapien entwickeln zu können, ohne diesen in den Prozess mit einbeziehen zu müssen (siehe zur soziologischen Rekonstruktion einer solchen Patientenrolle - Parsons 1951). Ethisch und legitimatorisch balanciert wurde dieses Arrangement durch das Bild der ärztlichen Profession als Drittem Stand. Der Arzt konnte seine dominante Rolle dadurch rechtfertigen, dass er beanspruchen konnte, die Gesundheitsinteressen seiner Patienten paternalistisch gegenüber Politik und Wirtschaft zu vertreten. In Verbindung mit einem Sozialversicherungssystem, das die Tatsache aus dem Blickwinkel rückte, dass Krankenbehandlung immer auch ein ökonomischer Sachverhalt darstellt, entstand hiermit jene in den modernen Industrienationen vertraute Organisationsform der bürokratischen Medizin.

Die Verhältnisse und Machtstrukturen des bürokratischen Krankenhauses und der paternalistischen Medizin lassen sich aus vielen guten Gründen kritisieren, doch sie vermittelten Sicherheit in den Rollenverhältnissen. In Hinblick auf die Rollenzuschreibungen war klar, was man von Arzt und Patient zu erwarten hatte. Die Praxen der modernen Medizin erschienen wissenschaftlich rational, der Einsatz von Ressourcen ethisch legitimiert und die passive Rolle des Patienten durch den Verweis gerechtfertigt, dass der Experte es eben besser weiß (vgl. Hafferty and Light 1995).

Gegen Mitte des letzten Jahrhunderts kam dieses Arrangement jedoch sukzessive in die Krise. In Folge der Schrecken des Nationalsozialismus wurde mit dem informed consent, die Zustimmungspflicht des Patienten zu Therapie und medizinischen Experimenten zum rechtlichen Standard. Darüber hinaus entstanden in den 1960er Jahren Emanzipationsbewegungen, welche die Macht der Ärzte kritisierten (Freidson 1975) und selbst wenn man der ärztlichen Expertise weiterhin positiv gegenüberstand, so zeigten sich doch deutliche Schnittstellenprobleme in der Zusammenarbeit der unterschiedlichen ambulanten und stationären Bereiche. Zudem gingen die Erfolge der Akutmedizin mit einem massiven Anstieg chronischer Erkrankungen einher, deren Behandlung nicht so recht in die vorhandenen Behandlungsstrukturen passe. In den 1980er Jahren schließlich entstand die innermedizinische Bewegung der evidence based medicine, welche die medizinische Rationalität vieler Therapieverfahren in Frage stellte. Damit einhergehend entstand eine international vergleichende Gesundheitsberichterstattung, die aufzeigte, dass hohe Ausgaben für das Gesundheitssystem und eine hohe Arztdichte nicht automatisch mit hohen Werten in der Gesundheit der Bevölkerung eines Landes einhergeht. Zudem forderte die Kostenexplosion im Gesundheitssystem die Volkswirtschaften auf, über Kostendämpfung nachzudenken.

All dies führte in den 1990er Jahren zu einer starken Diskreditierung der bürokratisch organisierten Medizin. Im Sinne der Idee des ‚new public management' setzte die Gesundheitspolitik nun vermehrt auf ‚Dynamisierung' in Form ökonomischer Anreizsysteme. Die Medizin der nächsten Gesellschaft (Baecker 2007) beginnt. Wir treffen jetzt auf die Möglichkeit der selektiven Kontrahierung zwischen Leistungsanbietern und Leistungsfinanzierern, auf ein Fallpauschalensystem (DRGs), mit dem die Finanzierung von der Form und inhaltlichen Ausgestaltung des Leistungsvollzugs entkoppelt wird, auf unterschiedliche Versorgungsarrangements (MVZ, Ärztenetzwerke, Disease-Management-Programme etc.) sowie auf diversivizierte Finanzierungsmodi (darunter auch eine steigende Bedeutung frei finanzierter Leistungen). Der Prozess der Krankenbehandlung erscheint unter diesen flexibleren Voraussetzungen immer weniger an nur einen organisatorischen Pfad gebunden. Er vollzieht sich jetzt vermehrt in einem Behandlungsnetzwerk, das situativ aus verschiedenen organisatorischen und personalen Einheiten geknüpft wird.

Durch diese Dynamisierung verändern sich allerdings auch die Rollenerwartungen an die Akteure der medizinischen Leistungserbringung. Aus Sicht des Arztes ist der Patient jetzt nicht nur Kranker, sondern zugleich Rechtssubjekt (er könnte klagen), Kunde (er könne eine IGe-Leistung kaufen), Koproduzent seiner Pflege und Gesundheit (zu welcher Mitarbeit kann man ihn ermutigen) und politisches Subjekt (das ggf. Partizipation und mehr Beachtung einfordert). Umgekehrt erwartet jetzt auch der Patient vom Arzt nicht mehr nur, dass dieser treuhändisch seine Gesundheit

Literatur

Baecker, D. (2007). Studien zur nächsten Gesellschaft. Frankfurt/Main, Suhrkamp.Eckart, W. U. (1998). Geschichte der Medizin. Berlin, Springer Verlag.
Foucault, M. (1988). Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München, Fischer.
Freidson, E. (1975). Dominanz der Experten. Zur Struktur medizinischer Versorgung. München Berlin Wien, Urban und Schwarzenberg.
Hafferty, F. W. and D. W. Light (1995). "Professional dynamics and the changing nature of medical work." Journal of Health and Social Behavior Extra Issue, 1995: 132-153.
Parsons, T. (1951). The Social System. London, Routledge and Kegan.
Powell, W. W. (1990). „Neither Market nor Hierarchy. Network Forms of Organization." Research in Organizational Behavior 12: 295-336.
Schrappe, M. (2007). "Medizinische Zentren - Systematik und Nutzen." Zeitschrift für ärztliche Fortbildund und Qualität im Gesundheitswesen 101: 141-146.
Schubert, C. and W. Vogd (2008). Die Organisationsform der Krankenbehandlung. Von der privatärztlichen Konsultation zur vernetzten Behandlungstrajektorie. Vernetzung im Gesundheitswesen - Wettbewerb und Kooperation. V. E. Amelung, J. Sydow and A. Windeler. Stuttgart, Kohlhammer: 25-49.
Scott, W. R., M. Ruef, et al. (2000). Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care. . Chicago, The University of Chicago Press.
Vogd, W. (2004). Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität: Eine qualitativ rekonstruktive Studie. Berlin, VWF.
Vogd, W. (2006). Die Organisation Krankenhaus im Wandel. Eine dokumentarische Evaluation aus Perspektive der ärztlichen Akteure. Huber Verlag, Bern.
Vogd, W. (2011). Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung. Weilerswist, Velbrück.
White, H. C. (1992). Identity and control. A structural theory of social action. Prinjeton NJ, Princeton University Press.

verwaltet und hierfür ein Honorar bekommt. Vielmehr reflektiert er jetzt vermehrt darüber, ob eine Leistung (nur) aus wirtschaftlichen Motiven angeboten wird, ob der Therapievorschlag in Hinblick auf die eigenen Bedürfnisse wirklich der beste ist oder ob man im Falle eines Behandlungsmisserfolges nicht auch rechtliche Mittel erwägen sollte. Umgekehrt mag dann der Arzt wiederum in Rechnung stellen, dass der Patient seinen Motiven misstraut und heute entsprechend eher als früher bereit ist zu klagen, was ihn dann zu einer Defensivmedizin anleitet, was bedeutet, dass er im Sinne der rechtlichen Absicherung diagnostische Prozeduren veranlasst, die medizinisch nicht indiziert sind. Es wird deutlich, dass die Reflexionsverhältnisse in Hinblick auf die Krankenbehandlung unter den gegebenen Bedingungen komplex werden.

Auf beiden Seiten beginnt man jetzt zugleich zu vertrauen, wie auch zu misstrauen. Medizinische, wirtschaftliche, rechtliche und wissenschaftliche Referenzen spannen nun unterschiedliche logische Räume auf (die Soziologie spricht hier von Kontexturen), die nicht mehr ohne Weiteres in Deckung und Übereinstimmung gebracht werden können. Es bleibt nichts anderes übrig, als sich in unsicheren Rollenverhältnissen einzurichten, also immer auch die Möglichkeit des Zweifelns und des Misstrauens mitzuführen.

Unter den auch in Europa zunehmend dynamisierten Verhältnissen werden nicht nur die Arzt-Patient-Beziehung, sondern auch die Leistungserbringer-Leistungserbringer-Beziehungen komplex (vgl. aus US-amerikanischer Perspektive Scott, Ruef et al. 2000). Verdeutlichen lässt sich dies an der Institution Krankenhaus. Während unter dem Finanzierungsmodus ‚Liegezeit', weitgehend von Konkurrenz befreite Kooperationen unter den Abteilungen möglich gewesen sind, insofern man dafür gesorgt hat, dass durch eine variable Handhabung der Liegezeiten die Betten hinreichend ausgelastet sind, ändert sich dies mit dem Fallpauschalensystem. Nun treten selbst die einzelnen medizinischen Abteilungen eines Hauses in Konkurrenz zueinander. Wenn beispielsweise eine chirurgische Abteilung einen Fall zur ‚konservativen' Behandlung an die Internisten abgibt, verliert sie die Fallpauschale. Medizinische Arbeitsbereiche übergreifende Dienste werden damit in zweierlei Hinsicht prekär: Es stellt sich die Frage, wer sie finanziert und es ergibt sich das Problem, dass einer dem anderen die Fälle wegnehmen könnte. In der Literatur ist dieses Phänomen mittlerweile unter dem Stichwort „Spartenkannibalismus" bekannt (Schrappe 2007). Jede Zusammenarbeit erscheint nun gleichzeitig unter dem Blickwinkel Konkurrenz und Kooperation. Eine homologe Dynamik ergibt sich in der Beziehung zwischen ambulantem und stationärem Bereich bzw. zwischen akutmedizinischen und nachsorgenden und rehabilitierenden Einrichtungen. Auch hier gilt einerseits das Primat, dass diese Felder miteinander kooperieren müssen, andererseits dabei immer im Raum steht, dass Arbeits- oder Kostenlasten an den vermeintlichen Partner verschoben werden. Als Folge entsteht dann teilweise eine starke Zergliederung von Behandlungsprozessen, die dann oftmals weniger medizinischen Gründen geschuldet ist, als dem Versuch, Abrechnungschancen zu optimieren, indem man versucht, kostenintensive Teilprozesse an Dritte auszulagern.

Hiermit gelangen wir zu dem primären Organisationsmodus der Medizin der nächsten Gesellschaft: dem Netzwerk. Im Sinne einer gehaltreichen Theoriebildung folgt die Soziologie dabei nicht dem romantisierenden Bild, dass Netzwerke ein harmonisches Miteinander darstellen, entsprechend dem Akteure nach dem win-win-Prinzip miteinander persönliche Netzwerke aufbauen. Vielmehr beruht die soziologische Netzwerktheorie im Sinne von White (1992) darauf, dass sich die Identitäten der in den Netzwerkknoten fungierenden Personen oder Organisationen nur über die Beziehungen zu anderen Knotenpunkten des Netzwerkes definieren lassen. Aus Perspektive des einzelnen Akteurs ergibt sich hieraus die kybernetische Maxime, dass die eigene Identität davon abhängt, den anderen kontrollieren zu können, was jedoch nur gelingt, wenn ich mich von anderen bestimmen lasse. An dieser Stelle ist zu betonen, dass die Bindungen zwischen den Knoten nicht formal - etwa als Zahl von Verknüpfungen-, sondern nur semantisch bestimmt werden können. White spricht hier von „stories", die als ausformulierte und ausgesponnene Bedeutungsaufladungen den Charakter eines Akteurs, einer Institution oder einer Organisation durch die hiermit verbundenen Zuschreibungen bestimmen.

Ob beispielsweise eine nachsorgende Einrichtung bereit ist, einen Problempatienten aus einem kooperierenden Krankenhaus aufzunehmen, hängt aus dieser Perspektive nicht zuletzt davon ab, welche Geschichten über die jeweiligen Einrichtungen kursieren. Das Verhältnis von Kooperation und Konkurrenz wird jeweils wechselseitig als situatives „Gleichgewicht" austariert, indem innerhalb des Netzwerkes beständig die beteiligten Identitäten als semantische Konstruktionen aktualisiert werden. Hierin besteht dann gerade die Steuerungsleistung von Netzwerken. Da die beteiligten Partner wissen, dass sie die anderen zwar brauchen, zugleich aber auch wissen, dass sie von ihnen übervorteilt werden können, also die Partnerschaft jederzeit in ein win-lose Arrangement kippen kann, finden jetzt beiderseits kontinuierliche Bemühungen statt, mit denen versucht wird, die beteiligten Netzwerkpartner zu kontrollieren. So schaut dann beispielsweise der Hausarzt sehr genau, in welcher Verfassung der Patient aus dem Krankenhaus zurückkommt, in das er eingewiesen hat und kann dann situativ seine Überweisungspraxis anpassen. Sein Medium der Kontrolle besteht in der Empfehlung oder der Ablehnung von Einrichtungen gegenüber den Patienten.

Prinzipiell können Netzwerkpartner über verschiedene Medien kontrolliert werden, im Kontext der Krankenbehandlung vor allem über ökonomischen Einfluss (indem Zahlungsbereitschaft bereitgestellt oder entzogen wird), rechtlichen Druck (indem Verfahren angedroht werden), sozialen Druck (indem netzwerkrelevante Beziehungen zu Dritten eingebracht werden) sowie durch das Management und die gezielte Weitergabe von Informationen (etwa indem versucht wird, über bestimmte Sachverhalte Öffentlichkeit herzustellen). Durch das rekursive Arrangement wechsel-

seitiger Steuerungsversuche stellen Netzwerke, wie Powell (1990) herausstellt, eine eigenständige Organisationsform dar, die grundsätzlich anders funktioniert als die Steuerungsformen Markt und Bürokratie.

Wenn aber jetzt in der Medizin der nächsten Gesellschaft, durch die benannten Dynamisierungsbewegungen die primäre Steuerungsform von der Bürokratie auf das Netzwerk verlegt wird, dann ergibt sich eine wichtige Pointe: Der Patient bekommt eine neue Rolle. Ein Patient, dessen Behandlung netzwerkförmig organisiert ist, wird nicht einfach nur von Arzt zu Arzt „durchgereicht". Er soll eigenständig wählen und die Behandlung an seine Lebenssituation und seine Bedürfnisse anpassen. Der Patient hat seine Position gegenüber den Ärzten zu vertreten und in Interaktionsarbeit deutlich zu machen. Deutlich wird das beispielsweise im Fall einer medikamentösen Einstellung des Bluthochdrucks, in dem dann seitens des Patienten Finanzierungsmodi in Hinblick auf Nebenwirkungen reflektiert werden, und dies dann genutzt wird, Kontrolle auf die ärztliche Verschreibungspraxis auszuüben.

Mit Blick auf die Restrukturierungen im Gesundheitswesen und der hiermit verbundenen Verknappung von Ressourcen lässt sich also ein Trend feststellen, entsprechend dem Patienten gewollt oder ungewollt mehr - und in Hinblick auf die inhaltlichen Konsequenzen kaum überschaubare - Verantwortung zuwächst, denn er hat nun abzuwägen, ob jetzt medizinische Gründe für oder gegen einen Therapievorschlag sprechen, dieser eher aus wirtschaftlichen Gründen motiviert oder durch andere organisationale Sachlagen - etwa durch die Forschungsinteressen einer wissenschaftlichen Einrichtung - konditioniert ist. Am angeführten Beispiel wird auch deutlich, dass im Feld der Leistungsanbieter und Leistungsfinanzierer standortbezogene Differenzen in den Beurteilungen zu erwarten sind. Auch hier kommt dann wieder die für Netzwerkbeziehungen typische Lagerung zum Ausdruck, dass man den jeweiligen Akteuren zwar einerseits zu vertrauen, aber gleichzeitig auch zu misstrauen hat. Im angeführten Beispiel der Internetforen ist beispielsweise immer auch zu reflektieren, ob nicht Lobbyisten (etwa der Pharmaindustrie) hier als Sprecher auftreten.

Dem Patienten, insofern er seine Rolle im Netzwerk annimmt, bleibt unter diesen komplexen Lagerungen nichts anderes übrig, als selbst auf Netzwerke zurückzugreifen, um Kontrollversuche gegenüber den für ihn relevanten Akteuren im Gesundheitswesen auszuüben. Sei es in Form der Präsenz von Angehörigen, die Druck entfalten, der Suche nach zweiten und dritten Meinungen, der Bereitschaft ggf. Rechtsmittel einzulegen - seine Stellung wird um so besser, je mehr Kontrollversuche er geltend machen kann. Hiermit ergibt sich eine Differenz zum bürokratischen Krankenhaus der modernen Gesellschaft, im Rahmen einer Bürokratie gilt ja der normative Anspruch, dass jeder gleich behandelt wird. Der Kranke ist hier nur Patient. Wird der Patient aber auch zum Kunden, so ergibt sich die Reflexion seiner Stellung auch aus der Beurteilung seiner Zahlungskraft. Wird er zum Koproduzent von Gesundheit, so wächst seine Bedeutung mit dem Netzwerk, über das er verfügen kann.

Beispielsweise erklärt sich die derzeit vermehrt im Krankenhausalltag zu beobachtende Haltung, alten Patienten, deren Angehörige nicht präsent sind, weniger fachliche Aufmerksamkeit zuzuwenden, dann dadurch, dass diese nicht mehr als potente Netzwerkpartner erscheinen, die Gegenkontrolle ausüben können. In netzwerkförmigen Arrangements verläuft die Triage nicht mehr allein entsprechend medizinischer Prioritäten, wird dann allerdings weit weniger durch ökonomische Sachverhalte konditioniert, wie Kritiker der Ökonomisierung der Medizin in der Regel annehmen. Relevant werden vielmehr die unmittelbaren Netzwerkpartner, sei es in Form der kontrollierenden Gegenbeobachtung durch andere Ärzte und Pflegekräfte, der sozialrechtlich informierten Beobachtung durch die Kostenträger, dem Einfluss der Angehörigen und sehr wohl dann aber auch durch all jene Akteure, welche ökonomischen Einfluss ausüben können.

Welche Wirkungen diese Kontrollversuche zeitigen, lässt sich allerdings nicht auf Basis einfacher Kausalschemata rekonstruieren. Gerade weil die medizinische Praxis, die rechtlich wirksame Dokumentation dieser Praxis, die Abrechnungen der Leistungen sowie die einzelnen Ebenen der ärztlichen Hierarchie nur lose miteinander gekoppelt sind, kann die Entscheidungsfähigkeit unter wechselnden Konstellationen aufrechterhalten werden. So kann behandelt werden, ohne zu behandeln, Rechtmäßigkeit hergestellt werden, indem Unrechtmäßiges nicht dokumentiert wird, wirtschaftlich gearbeitet werden, indem Medizin vorgetäuscht wird, wo anderes stattfindet, um an anderer Stelle umso mehr (ansonsten nicht bezahlbare) Medizin stattfinden zu lassen (siehe diesbezüglich zu ausführlichen Fallrekonstruktion in chirurgischen, internistischen und psychosomatischen Krankenhausabteilungen Vogd 2004; Vogd 2006).

Weil aber eben die Verhältnisse intransparent sind, werden die Kontrollversuche durch die Netzwerkpartner umso dringlicher. Dem Patienten fällt damit gewollt oder ungewollt mehr und - in Hinblick auf die inhaltlichen Konsequenzen - kaum überschaubare Verantwortung zu. Er kann jedoch mit dem Internet seinerseits auf kommunikative Netzwerke zurückgreifen, indem hier medizinische, rechtliche, politische und ökonomische Sachverhalte dialogisch zusammengedacht werden können, um so Entscheidung und Kontrollversuche zu moderieren.

Gerade hier ergeben sich dann wichtige Aufgaben für eine Versorgungsforschung, die bislang doch eher auf die top-down-Prozesse einer bürokratisch organisierten Medizin fixiert ist und bislang kaum Augenmerk auf die bottom-up-Prozesse netzwerkförmiger Organisation und Steuerung gelegt hat. <<

Health care structures and the patient role in the changing health system

This paper reconstructs the transformation of the health system from the pre-modern to postmodern medicine and distinguishes three phases: a primary interaction-oriented, a bureaucratic and a more network-like organized medicine. From a sociological point of view, we work out the peculiarities of the different forms of control and steering. Implications for health services research are pointed out.

Keywords

Patient role, trust, confidence, health systems, networks

Prof. Dr. Werner Vogd
Lehrstuhl für Soziologie, Fakultät für Kulturreflexion an der Universität Witten/Herdecke. Seine Arbeitsschwerpunkte sind unter anderem Organisationssoziologie und Medizinsoziologie. Auf Resonanz gestoßen sind insbesondere seine Arbeiten zum Einfluss des DRG-Systems auf ärztliche Entscheidungsprozesse.

Kontakt: Werner.Vogd@uni-wh.de

