

Probleme einer schweizerischen Gesundheitsplanung : medizinsoziologische Überlegungen

Autor(en): **Gerbert, Alfred J.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Monatshefte : Zeitschrift für Politik, Wirtschaft, Kultur**

Band (Jahr): **55 (1975-1976)**

Heft 7

PDF erstellt am: **08.08.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-163097>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Probleme einer schweizerischen Gesundheitsplanung

Medizinsoziologische Überlegungen

Als der Leiter des Spitalamtes Basel-Stadt, P. Bischofsberger, über einen Aufsatz den Titel «Von der Spitalplanung zur Planung des Gesundheitswesens¹» setzte, markierte er unserer Meinung nach jene Entwicklung, die planerische Bemühungen in den nächsten Jahrzehnten kennzeichnen wird. Ein Indiz dafür, dass auch in der Schweiz in absehbarer Zeit neue planerische Aufgaben über die Spitalplanung hinaus sich stellen werden, lieferte die Motion Schmid, welche in der Februar-Session des bernischen Grossen Rates erheblich erklärt wurde. Der Motionär wünschte «eine umfassende Gesundheitsplanung». Allerdings verstehen sowohl Bischofsberger wie auch Schmid unter Gesundheitsplanung kaum mehr als eine erweiterte Spitalplanung. Noch teilt man die Überzeugung von Engler – der den bisher fundiertesten schweizerischen Beitrag zu Problemen der Planung im Gesundheitswesen geliefert hat² –, dass das Hauptproblem der öffentlichen Gesundheitsplanung der Bau und Betrieb von Spitälern sei. Ohne Zweifel wird auch in Zukunft den baulichen, technischen, betriebswirtschaftlichen Aspekten bei Bau und Betrieb von Spitälern hohe Bedeutung zukommen. Im Rahmen einer Gesundheitsplanung wird die Spitalplanung jedoch nur mehr eine Aufgabe unter anderen sein.

Unter *Gesundheitsplanung* sollen mit von Ferber³ jene planerischen Aufgaben verstanden werden, welche sich mit der Bedarfsfeststellung, der Bereitstellung und sachgerechten Verteilung der Dienstleistungen und Güter befassen, so sie folgenden Zielen dienen: Krankheiten behandeln, Krankheiten heilen, den Eintritt von Krankheiten vermeiden, den Verlauf von Krankheiten risikoärmer gestalten. Zwei Überlegungen bestimmten die Gedankenführung dieses Aufsatzes: 1. Eine systematische Bearbeitung des Problemkreises der Gesundheitsplanung im Rahmen eines Artikels hätte auf hohem Abstraktionsniveau zu geschehen. Darauf wird zugunsten von selektiven Hinweisen aus der Medizinsoziologie verzichtet. Die Überlegung, welche zu diesem Entschluss führte, ist aus dem Status quo bisheriger schweizerischer Diskussion abgeleitet: Weil man Probleme zurzeit nur sehr selektiv entlang einer Dimension – «Kostenexplosion» – perzipiert, soll der

neue Planungshorizont nicht vermessen werden, mit Beispielen möchte erst die Richtung angezeigt werden. 2. Der Aufsatz sucht Verbindung zur Gesundheitspolitik. Die jetzt vorherrschenden Verhältnisse werden als gegeben akzeptiert, das heisst dass der Status quo den höchsten Erklärungswert für die Beurteilung künftiger Entwicklungen hat. Teilt man diese Überzeugung, dann wird man dem Postulat einer nationalen Gesundheitskonzeption⁴ oder auch einem breiten Engagement des Bundes in der Spitalplanung, wie dies in jüngster Zeit zum Beispiel Frischknecht⁵ gefordert hat, skeptisch gegenüberstehen. Wer «Gesamtkonzeption» und/oder «Gesamtplanung» wünscht, lässt sich wohl teilweise von der falschen Vorstellung leiten, die bisherige Planung sei rational gewesen, oder sie könne innert relativ kurzer Zeit nahe an ein rationales Modell gebracht werden.

Die Politikwissenschaft unterscheidet idealtypisch vier *Planungsstrategien*⁶: die rationale, die radikale, die inkrementale und die gemischt-suchende. Behauptet wird, dass die Gesundheitspolitik in der Schweiz (Gemeinde, Kanton, Bund) sich fast nie über das rationale Modell erklären lässt – die Ziel-Mittel-Analysen werden in engsten Grenzen gehalten, bei der Informationssuche zielt man auf Minimierung der Kosten, die Konsequenzen von planerischen Alternativen und die Folgen einer Planung wurden kaum je evaluiert. Der Sozialwissenschaftler wird nicht zu sehr davon überrascht, dass das «muddling through» (sich durchwursteln)⁷ vor der rationalen Planung steht; faszinierend ist allerdings für ihn, dass Exekutiven für sich in Anspruch nehmen, in der Nähe der rationalen Strategie operiert zu haben, wenn Projekte als die «bestmöglichen» propagiert werden. Tatsächlich wird man in der bisherigen Gesundheitspolitik nicht selten auf «optimale» Lösungen treffen; die Optimalität wurde jedoch nur erreicht durch die Reduktion von umfassenden Problemen in eine grosse Zahl von Einzelproblemen unter Verzicht auf die Evaluation der Konsequenzen. Schon die Kosten mangelnder Koordination, welche relativ unproblematisch gemessen werden können (zum Beispiel Bau von zwei Therapiebädern in kürzester Entfernung in Burgdorf, zwei hochmodernen Intensivpflegestationen in der Stadt Bern), dürften die Kosten umfassenderer Planung übersteigen. Die schwieriger zu errechnenden Folgekosten einer Planung, welche sich in der ungebrochenen Fortschreibung des Status quo (in «lieblicher Detailpflege» besonders an Bauobjekten) erschöpfte, müssen dann abgeschätzt werden, wenn sich die politisch-planenden Instanzen als unfähig erweisen, vom Inkrementalismus zu einer befriedigenderen Strategie überzugehen. Dabei kann es sich nicht darum handeln, den «Pragmatismus» gegen einen «Doktrinarismus» einzutauschen, wie dies der sanktgallische Gesundheitsdirektor, wohl mehr auf Applaus als auf analytische Klärung bedacht, in einem Vortrag skizzierte⁸.

Schweiz: Medizinsoziologisches Manko

An der im Mai 1973 von der *Schweizerischen Vereinigung für Zukunftsforschung* veranstalteten Tagung «Zukunftsaspekte unseres Gesundheitswesens» wurden u. a. 24 «Empfehlungen und Postulate auf wissenschaftlichem Gebiet» zur Abstimmung unterbreitet. Der Vorschlag auf Schaffung einer Arbeitsgruppe für Medizinsoziologie vereinigte am zweitwenigsten befürwortende Stimmen auf sich⁹. Die hohe Zahl der Stimmenthaltungen ist uns ein Indiz dafür, dass Medizinsoziologie in der Schweiz noch wenig bekannt sein dürfte. Es gibt niemanden in der Schweiz (wenn man die Weltgesundheitsorganisation nicht berücksichtigt), dessen berufliche Tätigkeit sich mit «Medizinsoziologie» bestimmen ließe; unseres Wissens wurde zum Beispiel auch nie eine ein ganzes Semester umfassende Vorlesung im Gebiet der Medizinsoziologie an schweizerischen Universitäten gehalten. Obwohl mehrere Beiträge von schweizerischen Ärzten, besonders Medizinhistorikern, Präventivmedizinern und Psychiatern, Elemente medizinsoziologischen Denkens aufweisen, dürfte kaum mehr als ein Artikel¹⁰ zu dem mehrere Tausend Titel umfassenden Bestand medizinsoziologischer Literatur gezählt werden. An der letzten Sitzung des Research Committee für Sociology of Medicine der International Sociological Association wurde denn auch mit Erstaunen festgestellt, dass die Schweiz zusammen mit Österreich einsam, ganz am Schluss der Rangliste medizinsoziologischer Forschung in Industrieländern rangiert. Das Defizit der Schweiz wird einem vielleicht deutlicher bewusst, wenn man einige Aspekte der amerikanischen Szene kennt: Fast alle Medical Schools bieten Vorlesungen und Übungen in Medizinsoziologie¹¹. Der Staff besteht selten nur aus einem Professor; überraschend viele Hochschulen weisen vier bis acht akademische Lehrer aus, zu deren Spezialgebiet die Medizinsoziologie zählt; die Fachzeitschrift «Journal of Health and Social Behavior» erreicht eine Auflage von rund 3500 Exemplaren; die Sektion «Medical Sociology» ist die mitgliederstärkste organisierte Gruppe innerhalb der American Sociological Association, und es wurde geschätzt, dass 1973 die Medizinsoziologen mehr Forschungsmittel zur Verfügung hatten als jeder andere Forschungszweig der Soziologie. Das Interesse an der Medizinsoziologie ist zwar im vergangenen Jahrzehnt rapide gewachsen, zu einer Klassierung als «Modewissenschaft» sollte dies allerdings nicht verleiten: So war zum Beispiel schon 1957 rund ein Sechstel aller Referate am Amerikanischen Soziologenkongress der Medizinsoziologie zuzuordnen¹²; an die hundert Arbeiten, welche heute noch von hohem Interesse sind, wurden in den frühen fünfziger Jahren konzipiert.

Nicht jedes Land kann sich wie etwa die USA, England, Kanada oder

Frankreich auf eine respektable Tradition berufen – um so spektakulärer sind darum einige jüngste Entwicklungen. So hat sich zum Beispiel in Belgien die Zahl der Medizinsoziologen innerhalb von drei Jahren vervierfacht. Oder: In der Bundesrepublik Deutschland nahm die Medizinsoziologie wenig am Boom der Soziologie zu Ende der sechziger Jahre teil. Zwar wurde schon 1958 ein Sonderheft der «Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie» der Medizinsoziologie gewidmet. Jene, die einigermaßen kontinuierlich forschten, liessen sich aber an einer Hand aufzählen. Mit der neuen «Approbationsordnung für Ärzte» wurde 1973 Medizinische Soziologie zum Prüfungsfach erklärt.

Da es hier nicht primär um eine Darstellung der Medizinsoziologie geht, wird nicht versucht, eine Erklärung für die starke, respektive ausgesprochen schwache Präsenz der Medizinsoziologie in einzelnen Gesellschaften zu formulieren. Für einzelne Forschungsgebiete liessen sich ohne grössere Schwierigkeiten Erklärungsmomente finden. Die USA hatten und haben zum Beispiel Probleme mit Armen in bestimmten Regionen und mit Minoritäten, welche sich in dieser Ausgabe in der Schweiz überhaupt nicht stellen. Es müsste nun untersucht werden, über welche Mechanismen der Problemdruck in Forschungsaufträge transformiert wurde, respektive wie sich die Soziologie, Public Health, Community Health und Social Medicine zur Bewältigung von aufgebrachtten Problemen ausdifferenzierten. Für andere Forschungszweige müsste ein Deutungsversuch viel komplexer angelegt werden, und es stünde keineswegs von vorneherein fest, dass interkulturelle Differenzen für das Fehlen jeglicher Studien in der Schweiz angerufen werden könnten. Zu denken ist an den weiten Kreis der Forschung über Spitäler, Kliniken und Pflegeheime. Zwar konnten die facettenreichen sozialen Aspekte dieser Institutionen und der sozialen Beziehungen in diesen Institutionen noch nicht in einer «Theorie mittlerer Reichweite» (Merton) gefasst werden. Die Arbeiten über das Spital als soziale Organisation, die Rollenkonflikte im Spital und die Spitalberufe liefern, wenigstens für hochindustrialisierte Gesellschaften, genügend Hypothesen, um für weiterführende Arbeiten gute Erklärungschancen zu garantieren. Seltener sind in diesem Analysefeld interessante Arbeiten über die Patienten; aber jene rund zwanzig Berichte über «Momente der Inhumanität einer humanen Institution¹³» enthalten soviel Brisanz, dass an ihnen nicht vorbeikommt, wer über Rolle und Status, Struktur und Funktion hinaus nach der fragilen Humanität im Spital fragt. Nicht ohne Beunruhigung denken wir hier an den aktuellen Stand der Spitalforschung in der Schweiz. Indizien sprechen dafür, dass man etwa beim «Taylorismus» angelangt ist und Schritte in die wenig erfolversprechende Richtung «Human Relations» wagt. Dies gilt zum Beispiel für die interessante Publikationsreihe «Krankenhausprobleme der

Gegenwart¹⁴»; unangenehm berührt, dass die VESKA eine Studie über soziale Beziehungen im Spital unter dem Aspekt «Public Relations» in Auftrag gab¹⁵. Der Einsatz von Betriebswirtschaftern für das Management im Spital soll überhaupt nicht kritisiert werden; nachdenklich stimmt aber die Beobachtung in drei uns bekannten Kliniken, wo man potentiell medizinsoziologische Arbeiten durch Betriebswirtschafter lösen möchte. Man fragt sich auch etwa, wieviele von den 21 000 durch das Schweizerische Krankenhausinstitut katalogisierten Veröffentlichungen¹⁶ von sozialen Aspekten des Spitals handeln: Von den Ängsten der Patienten, der psychischen Belastung von Pflegepersonal und Ärzten, vom Sterben und den Ritualen der Pflege, der Rehabilitation oder den sozialen Komponenten des Schmerzes, den Konflikten zwischen den verschiedenen Aufgaben eines Spitals, den Problemen, welche aus der Hierarchie resultieren, usw.

Doch sollen hier nicht nur einige Positiva bisheriger medizinsoziologischer Forschung präsentiert werden. So sind zum Beispiel die Arbeiten über die Rezeptiergewohnheiten von Ärzten kaum über den Stand der fünfziger Jahre gewachsen – die Medizinsoziologie leidet offensichtlich darunter, dass von vielen Ärzten ein hoher Grad an Mitarbeit verlangt werden muss. Das gleiche Moment zusammen mit der Notwendigkeit von teilnehmender Beobachtung hat bis heute auf die Zahl von befriedigenden Studien über aktuelle Arzt-Patient-Beziehungen in Privatpraxen gedrückt. Auch die umfangreiche Stressforschung kann nicht zu den Glanzstücken der Disziplin geschlagen werden; sie hat nichts zur Erklärung der Pathogenese von Krankheiten beigetragen¹⁷. Die Psychiatrische Epidemiologie verlor sich zu oft in der Bestimmung der Prävalenz von Neurosen (resp. von Neurotizismus) und steht nun in der Sozialpsychiatrie hinter dem zurück, was sie bei der epidemiologischen Forschung über Herz- und Kreislaufkrankungen (Hypertension, Myocardinfarkt, Coronarerkrankungen), den gastrointestinalen Ulcus, Diabetes, rheumatische Arthritis usw. zu leisten vermochte.

Es existieren noch verschiedene andere Teilgebiete in der Medizinsoziologie, welche bis heute keine befriedigenden Ergebnisse gezeitigt haben. «Befriedigende Ergebnisse» bedeutet hier, dass Hypothesen, Erfahrungen, Forschungskonzepte für ein Planungsvorhaben so eingesetzt werden können, dass jene Daten, welche durch die Wissenschaft bereitzustellen sind, auch tatsächlich geliefert werden können. Wir sind der Überzeugung, dass die Medizinsoziologie für die im folgenden zu skizzierenden Projekte «befriedigende Ergebnisse» auszuweisen hat. Die vier Projekte, von denen nur gerade das erste etwas detaillierter dargestellt wird, sollen als Illustration für notwendige Forschung im Bereich «Gesundheitsplanung» verstanden werden. Sie zielen auf vier aktuelle Fragen: 1. Welches sind die Bedingungen, unter denen die Bevölkerung ärztliche Hilfe in Anspruch

nimmt? 2. Wo müssen für Invalide Schwerpunkte gesundheitspolitischer Intervention gesetzt werden? 3. Welche spezifischen Aufgaben stellen sich der Gesundheitsplanung für alte Menschen? 4. Welche Probleme resultieren aus der relativ starken Fragmentierung von Dienstleistungen im weiteren Bereich der Gesundheitspolitik?

Wer geht wann zum Arzt?

1. Gegen Ende dieses Jahres wird eine sieben Länder umfassende Studie der Weltgesundheitsorganisation über «Medical care utilization» veröffentlicht werden¹⁸. Die Schweiz hat hier eine Chance verpasst, vergleichende Daten über ein zentrales Problem der Gesundheitsplanung zu gewinnen. Die Erforschung der Bedingungen, unter denen bestimmte Bevölkerungsgruppen einen Arzt aufsuchen, hat direkte Bedeutung für die Präventivmedizin, für Prognosen über den Ärztebedarf, für planerische Bemühungen zur Bereitstellung von Dienstleistungen. Je nach Forschungskonzept gilt es zwischen etwa acht und über zwanzig Variablen auf ihren Einfluss zu testen: Leidensdruck, Alter, Beruf, Bildung, Einkommen, Versicherungsstandard, Geschlecht, Wohnort, Einstellung gegenüber ärztlicher Hilfe usw. Es ist also keineswegs so, dass eine ungebrochene Verbindung zwischen «Sich-krank-fühlen» und dem Gang zum Arzt existiert. Die Studien in den Bereichen «Gesundheitsverhalten», «Illness behavior», «Health care utilization» vermitteln eine Fülle von Hypothesen auch für die Planung in der Schweiz. Den bisher höchsten Grad an Zustimmung fand die Behauptung, dass das Einkommen negativ mit der Anzahl Arztbesuche korreliert, wenn man den Versicherungsstandard nicht berücksichtigt. Werden etwas komplexere mathematisch-statistische Analysen eingesetzt¹⁹, dann zeigt sich allerdings oft, dass Einkommen auch indirekte Effekte über Wohnort und Bildung ausübt. Auch sollte nicht über alle Altersgruppen hinweg generalisiert werden: In dem vom National Center for Health Service Research and Development durchgeführten Vergleich zwischen den Jahren 1963 und 1970 fand man zu Beginn unseres Dezenniums nur noch bescheidene Differenzen zwischen jungen Erwachsenen, welche sich ausschliesslich über die Variable Einkommen erklären liessen. In der Literatur überwiegen heute jene Analysen, welche eine negative Beziehung zwischen Einkommen und Vorsorgeuntersuchung sowie Einkommen und Zugang zu einem Hausarzt nachweisen. Wird das Ausmass der Versicherungsleistungen, welches einem Individuum beim Krankheitsfall zufällt, in Studien miteinbezogen, so resultiert ein kulturspezifisches Bild, dessen Beschreibung einen eigenen Auf-

satz beanspruchen würde. So hat etwa in den USA der hohe Versicherungsschutz für Personen über 65 zu einem dramatischen Anstieg der Spitalaufenthalte geführt – die Gründe dürften weniger in der plötzlichen «Spitalkonsumfreudigkeit» älterer Menschen zu suchen sein als bei den Ärzten, welche eine neue «Policy» für Spitaleinweisungen formulierten, und im Nachlassen der Unterstützungsleistungen durch Primärgruppen. Auch für Arme (definiert durch den Poverty-level) stieg die Häufigkeit des Arztbesuches stark nach dem Einspielen neuer Versicherungsleistungen. Diese für die USA beobachteten Resultate fanden aber zum Beispiel in Kanada keine Bestätigung. Der präventivste Teil bei Befragungen handelt von den Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme ärztlicher Dienste und der Perzeption von kulturellen, resp. subkulturellen Normen²⁰. Wir vermuten, dass schichtspezifische Differenzen und Unterschiede zwischen Stadt und Land in der Schweiz überraschend stark ausgeprägt sind.

Der Einwand, *Umfragen* seien nicht das geeignete Instrument, um die Chance eines Arztbesuches zu prognostizieren, muss kurz diskutiert werden. Mit den Interviews wurde nie versucht, die sogenannten «objektiven Bedürfnisse» zu eruieren. Darunter ist durch Expertenurteil festgestellte Behandlungsbedürftigkeit zu verstehen – eine Geschwulst in der Lunge wird im Anfangsstadium kaum Beschwerden verursachen, eine Person fühlt sich subjektiv symptomfrei, der Experte (der Arzt) wird dagegen eine objektive Behandlungsbedürftigkeit feststellen. Die subjektiv beurteilten Bedürfnisse decken sich weitgehend mit dem von einem Menschen empfundenen Leidensdruck und mit den sozialen Normen, welche in der Umgebung dieses Menschen den Gang zum Arzt bestimmen. Dieses Element der Nachfrage nach ärztlichen Dienstleistungen kann mit Hilfe der empirischen Sozialforschung recht zuverlässig bestimmt werden. Es ist darauf aufmerksam zu machen, dass manche Analysen ausgefeilte Techniken benützen. So wurden zum Beispiel zwanzig Symptome für mögliche Behandlungsbedürftigkeit (u.a. Erbrechen, Darmschmerzen, Gewichtsverlust) durch vierzig Ärzte für bestimmte Altersklassen gewichtet. Die Interviewergebnisse wurden dann für jede Einzelperson an diesem Massstab gemessen²¹. Die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen lässt sich aus den subjektiven Bedürfnissen, dem Angebot an medizinischen Leistungen und den Schranken, welche zwischen den subjektiven Bedürfnissen und dem Angebot bestehen, abschätzen²². Um aber zum Beispiel Prognosen über den künftigen Ärztebedarf zu wagen, muss man sich zudem bewusst sein, dass eine Vermehrung medizinischer Dienstleistungen auch ein bestimmtes Anwachsen der Nachfrage nach sich bringt. Diesen elementaren Fragen ging keine einzige der scheinbar empirisch verfahrenen Prognosen über den künftigen Ärztebedarf in der Schweiz nach – ja, man darf die etwas scharfe Behauptung

tung wagen, dass rund eine Viertelmillion Franken bis jetzt investiert wurde, um den gesundheitspolitischen Fragen auszuweichen.

Für die Schweiz ist es angezeigt, die Diskussion über diesen Aspekt der Gesundheitsplanung nicht mit jenen Beiträgen zu eröffnen, die auf relativ hoher Abstraktionsebene die Gesamtzusammenhänge im Gesundheitssystem darstellen und Elemente von Programmen für Computersimulationen vermitteln²³. Es wird vermutet, dass damit nur der Konservatismus aus Komplexität forciert würde – klüger scheint, an den Anfang eine Demonstration zu setzen: Man muss sich in unserem Land zuerst der Bedeutung von *sozioökonomischen Faktoren* im Gesundheitssystem bewusst werden. Vorbild für eine erste Studie könnte E. L. Koos' Analyse «The Health of Regionville» (New York 1954) sein, wobei allerdings neuere Erkenntnisse in die Fragestellung aufzunehmen wären. Koos sammelte in seiner Gemeindestudie Erfahrungen über den Kontakt mit medizinischem und paramedizinischem Personal, Vorstellungen über die Qualität ärztlicher Hilfe, über soziale Normen, welche den Zugang zur Rolle des Kranken regeln und bot Hinweise auf die Selbstmedikation, das lokale Krankenhaus und die Funktion des Apothekers («Druggist»). Für diese «Vorstudie» wäre im Gegensatz zu Koos, der eine Kleinstadt wählte, welche in manchem repräsentativ für Hunderte von Kleinstädten in den USA war, auf ein Problemgebiet zu greifen, ein Gebiet, wo man zum Beispiel eine ärztliche Unterversorgung lokalisiert hat (im Kanton Bern im Saanebezirk oder im Oberhasli). In einem zweiten Anlauf käme dann jene Literatur zur Verarbeitung, welche planungsrelevante Aspekte von Gemeinden und Regionen für die Gesundheitsversorgung geortet hat²⁴. Zwei Gemeinden (wieder eine Problemgemeinde und zum Beispiel eine Agglomerationsgemeinde) würden auf strukturelle Dimensionen von Nachfrage und Angebot untersucht, auf die Feststellung der «objektiven Bedürfnisse» dagegen aus Kostengründen noch verzichtet. Hingegen sollte der Kontext der Analysen detailliert erfasst werden, damit über die Fallstudien hinaus Wissen für Planung in anderen Kantonen oder Regionen verfügbar würde. Erst auf einer dritten Stufe wird nach den «objektiven Bedürfnissen» geforscht. Sozial- und Präventivmedizin, von Anfang an Partner in der Gesundheitsplanung, übernehmen die medizinische Untersuchung von Bevölkerungsgruppen, ähnlich wie es mit den Health Examinations Surveys seit manchen Jahren in den USA oder wie dies im letzten Jahr in einer grossangelegten Disability-Studie in Jugoslawien praktiziert wurde. Auch hier kann man sich auf einige Überraschungen (wohl besonders im interregionalen Vergleich) gefasst machen, wenn auch zum Beispiel kaum anzunehmen ist, dass sich Ergebnisse der baden-württembergischen Vorsorgeuntersuchung repetieren: Dort zeigte sich, dass bei Organerkrankungen weniger als die Hälfte aller Behand-

lungsbedürftigen wegen ihrer Beschwerden einen Arzt konsultierten²⁵. Die Analysen der Präventivmediziner werden sich von den heute üblichen Reihenuntersuchungen u. a. dadurch unterscheiden, dass den organisatorischen Bedingungen medizinischer und paramedizinischer Dienstleistungen besondere Aufmerksamkeit zukommt. Von einem bestimmten Zeitpunkt an reduziert sich die Forschungskomplexität, dann nämlich, wenn es gelingt, die gewonnenen Erkenntnisse aus Fallstudien zu verallgemeinern – die Planung kann dann mit Indikatoren arbeiten. Für einige Indikatoren fallen interessante methodologische Probleme an, man denke etwa an einen Morbiditätsindex²⁶, wo es darum geht, die verschiedenen Krankheiten zueinander in Verbindung zu setzen und zu werten. Es hat sich aber auch gezeigt, dass für die Planung unproblematisch zu erhebende Daten von erheblichem Wert sein können (zum Beispiel für die Psychiatrieplanung auf regionaler Ebene in den USA: Dependency ratio, median family income, mental health resources, percentage nonwhite²⁷). Mehrere amerikanische Gesetze verlangen die Bereitstellung von Indikatoren, bevor Subventionen ausbezahlt werden, ein Ziel, das man sich wohl erst setzen kann, wenn man schon Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt hat.

Die Frage «Welches sind die Bedingungen, unter denen die Bevölkerung ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt?» steht über allen Forschungsaktivitäten dieses ersten Projektes zur Gesundheitsplanung. Im Dialog mit den politischen Instanzen ist die optimale Organisation medizinischer und paramedizinischer Dienstleistungen unter Wahrung der ärztlichen Autonomie zu suchen, wie auch darnach zu forschen, mit welchen Mitteln die subjektiven Bedürfnisse gesteuert werden können. Die Möglichkeiten sowohl zur Behebung der Unterkonsumption (underutilization) wie der Überkonsumption (surconsommation médicale) sind umfangreicher, als man mit Blick auf die in den meisten (nicht allen!) Kantonen vorherrschende phantasielose Gesundheitspolitik vermuten könnte. Welche Massnahmen auf politisch-planerischer Ebene zur Verfügung stehen, will hier bewusst nicht aufgezählt werden, denn vor der Spekulation sollte endlich die Analyse stehen²⁸.

Ungleichheit vor Krankheit und Tod?

2. «Was ich nicht weiss, macht mir heiss» – ich weiss, dass die Schweiz ein hochentwickeltes Gesundheitswesen hat und die ärztliche Versorgung zu einer der besten auf der Welt überhaupt zählt. Aber ich weiss nicht, ob alle Bewohner der Schweiz die gleichen Chancen haben, am Fortschritt zu partizipieren. Ich weiss: Gleichheit hat keinen gesellschaftspolitischen

Selbstwert, aber ich glaube auch zu wissen, dass Ungleichheit vor Krankheit und Tod die *unerträglichste* ist, soweit sie auf strukturelle Bedingungen des Gesundheitswesens und soziale Lage der Individuen zurückgeführt werden kann. Wenn in allen Gesellschaften, wo medizinsoziologisch gearbeitet wurde, Ungleichheit nachgewiesen werden konnte, so ist nachzuforschen, ob sie nicht auch in der Schweiz existiert.

Theodor Curti pries zu Ende des letzten Jahrhunderts *statistische Enquêtes* als den besten Weg für die Wahrnehmung von Gruppeninteressen beim Gesetzgebungsprozess²⁹ – die Forschung zur Gesundheitsplanung, welche in diesem und den nächsten zwei Projektkreisen angeregt wird, liegt in der Dimension von Curtis Überlegungen: Gruppen, welche kaum Chancen haben, ihre Interessen für die Planung zu formulieren, welche nicht über das notwendige Potential an Leistungsverweigerung zur Geltendmachung von Interessen verfügen, soll Artikulationshilfe geboten werden. Zum Beispiel: Wo sind für Invalide Schwerpunkte gesundheitspolitischer Intervention zu setzen? Ist die Bestimmung der IV-Renten gerecht? Man konnte nachweisen, dass in den drei geprüften US-Bundesstaaten annähernd ein Viertel der untersuchten Population nicht adäquat eingestuft war, das heisst extensive medizinische Tests und sozialpsychologische Analysen führten zum Resultat, dass fast 25% entweder eine zu hohe oder eine zu tiefe Rente (oder überhaupt keine) erhielten³⁰. Die meisten Nachteile resultierten für Personen, welche nicht seit längerer Zeit einen Hausarzt hatten und die wenig eloquent waren, also Angehörige der Unterschichten, die am meisten unter zu knappen Renten zu leiden hatten. In der Schweiz ist die Organisation der IV verschieden von jener in den USA – schliesst dies aus, dass bei uns strukturelle Mängel vorhanden sind?

Gesundheitsplanung war bis heute fast ausschliesslich Bauplanung: Für das Nachbehandlungszentrum der SUVA in Bellikon brauchte es u. a. 20 000 m³ Beton, 110 000 Schalungen, 2000 t Stahl – so war zu lesen. Noch nie hörte man dagegen von einer Evaluationsstudie, in der man Problemen nachgegangen wäre, die sich Rentenempfängern und jenen, welchen eine Rente versagt wurde, stellen³¹. Die internationale Literatur bietet eine Fülle von Materialien, in denen demonstriert wird, dass die sogenannte Lebenssituation einen Einfluss auf die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe und auf Chronifizierung von Krankheiten hat³². Welche Massnahmen müsste man zum Beispiel in der Schweiz treffen, damit der Teufelskreis zwischen somatischer Krankheit und schwerer psychischer Belastung (oder psychischer Erkrankung³³) unterbrochen werden könnte? Invalide und Chronischkranke belasten ein Gesundheitssystem stark; dass man diesen Problemgruppen besondere Aufmerksamkeit schenkt, dürfte auch volkswirtschaftlich indiziert sein.

Benachteiligte alte Menschen

3. Das Verhalten des Arztes gegenüber dem Patienten ist teilweise durch das bestimmt, was er dem Patienten bieten kann (zum Beispiel Therapie) – zugleich aber auch durch das, was der Patient dem Arzt bietet (zum Beispiel Aussicht auf Therapieerfolg, Kooperation³⁴). Über diese und andere soziale Mechanismen resultiert eine Benachteiligung des alten Menschen; es ist unwahrscheinlich, dass alte Patienten heute durchwegs optimale ärztliche und pflegerische Betreuung erhalten³⁵. (Zum Beispiel scheinen nicht alle Ärzte den psychischen Störungen genügende Aufmerksamkeit zu schenken³⁶.) Eine Dimension der Gesundheitsplanung reicht hier ins medizinische Curriculum: Gerontologie muss an den medizinischen Ausbildungsstätten mehr Platz geräumt werden. Über geeignete Forschungsprojekte ist den Medizinstudenten die soziale Situation der Alten näher zu bringen, denn für keine andere Gruppe sind naturwissenschaftliche, psychische und soziale Faktoren so eng miteinander verknüpft wie für die alten Patienten. Die Längsschnittstudie der Duke University liefert zu dieser Behauptung eine eindrückliche Illustration: Wenn man den Prognosewert der Selbsteinschätzung der Gesundheit (self-assessment of health) mit den Arztprognosen vergleicht, so erweist sich der erste als höher, das heisst die Prognose des künftigen Gesundheitsstatus durch Ärzte hat weniger Aussagewert als jener durch alte Menschen³⁷.

Im jetzigen Stadium der vorwissenschaftlichen Gesundheitsplanung läuft man Gefahr, «Feuerwehr» zu spielen: Um Kosten zu bekämpfen, will man geriatrische Patienten aus hochspezialisierten Akutspitälern und Psychiatrischen Kliniken in Alterskrankenhäuser transferieren. Die Behebung des «Misplacement» ist nicht zu kritisieren; aber die bisherigen Erfahrungen verpflichten, vor der alles dominierenden Bauplanung zu warnen – auch gediegene Innenarchitektur vermag nur den kleinsten Teil von sozialen und psychischen Problemen zu lösen. Evaluationsstudien sollte höchste Priorität eingeräumt werden. Sicher ist aus dem Vergleich von zwei Alterskrankenhäusern noch kein spektakuläres Resultat abzuleiten, aber ein Lernprozess könnte stimuliert werden.

Koordination im Gesundheitswesen

4. Gesundheitsplanung heisst u. a. auch Koordination. Der hohe Grad an Fragmentierung im Rahmen des Gesundheitswesens (man denke an die Vielzahl von privaten Organisationen) bringt manche Vorteile mit sich; ein Nachteil ist aber darin zu sehen, dass die Regeln über Zulassung und

Abweisung zu den «Service Organizations» (dies nach der Kategorisierung von Blau³⁸) unübersichtlich werden. Forschung hat hier zu klären, wo Lücken existieren, die nicht gewollt sind, wo informelle Regeln die Orientierung erschweren und welche Konsequenzen aus ökonomischen und sozialen Veränderungen (zum Beispiel Finanzknappheit, Anwachsen der Organisation) resultieren. Dieser Projektvorschlag dürfte dem Leser als wenig attraktiv erscheinen – tatsächlich zeigt eine umfangreiche Literatur auf sehr hohe Brisanz und weitreichende Folgen für die Gesundheitsplanung³⁹.

*

In der Antwort zur Motion für eine Gesundheitsplanung konnte der bernische Gesundheitsdirektor auf sechs zum Teil recht umfangreiche Dokumente verweisen, welche seiner Meinung nach als wesentliche Vorarbeiten für eine Gesamtplanung zu betrachten sind. Es kann sich nicht darum handeln, diese Arbeiten zu kritisieren; lediglich ihr Stellenwert für eine Planung wird kurz diskutiert. Fast alle Dokumente entstanden im Milizverfahren: Eine Kommission wurde jeweils eingesetzt, studierte und diskutierte einige verfügbare Unterlagen, gab teilweise Umfragen in Bearbeitung und «erdiskutierte» den Schluss- oder Zwischenbericht. Kein einziges Dokument darf für sich in Anspruch nehmen, eine diskutabile Beziehung zwischen Wissenschaft und Planung hergestellt zu haben. Dies gilt auch für die sogenannte Studie Maillard über das Pflegewesen in der Schweiz, weil dort zum Beispiel nicht auf Planungsziele hin geforscht wurde. Unsere Behauptung dürfte erst recht gelten für den «Bericht zur Gesamtkonzeption der Psychiatrie», obwohl hervorragende Psychiater und ein international bekannter Spitalfachmann mitgearbeitet haben, obwohl ein Gutachten vorlag und obwohl Hearings mit prominenten Ärzten veranstaltet wurden. Ein Mitglied der Kommission meinte zur Ausarbeitung der Unterlagen: «Es war ein nackter Machtkampf». Der Informant mag übertrieben haben – das Dokument lässt manche Aspekte des Aushandelns durchschimmern, dafür fehlt jeder Bezug zu empirisch gewonnenen Daten. Im einzigen gedruckten Bericht, der «Spitalplanung des Kantons Bern» (1970) ist auf Seite 7 zu lesen: «Mit Regierungsratsbeschluss Nr. 5917 vom 14. September 1967 wurde dieser Bericht genehmigt, und der Regierungsrat ordnete insbesondere die laufende Weiterführung der Grundlagenforschung an». Es wurde nie Grundlagenforschung in Auftrag gegeben, weder vor dem Regierungsratsbeschluss noch nachher! Auch dies wird nicht kritisiert, denn Grundlagenforschung ist nicht notwendig für eine Gesundheitsplanung; es werden vielmehr planungsorientierte wissenschaftliche Arbeiten verlangt. Grundlagenforschung wäre zum Beispiel eine Studie über Innovationsprobleme bei den All-

gemeinpraktikern, eine Analyse der Validität von gesundheitsbezogenen Informationen, Vorurteilsforschung bei Medizinstudenten usw. Planungsorientierte (policy oriented) wissenschaftliche Arbeiten versuchen dagegen, Informationen und Entscheidungsgrundlagen für eine beschränkte Anzahl von Planungsalternativen zur Verfügung zu stellen – das Interesse des Forschers hat hinter die Anforderungen der planenden Instanzen zurückzutreten. Methoden, Konzepte, Resultate bisheriger Forschung werden für Planungsinteressen mobilisiert und weniger zur Fortentwicklung der Wissenschaft selbst.

Die im Kanton Bern erarbeiteten Materialien sind nicht etwa nutzlos; sie können dazu dienen, Planungsziele präziser zu fassen und Forschungsprobleme zu formulieren. Sie sind aber noch keine Planungsdokumente, wenn man die Überzeugung teilt, Gesundheitsplanung sei mehr als die Fortschreibung des Status quo, legitimiert durch «Meinen der Experten», Intuition und viel Arbeit.

Für eine bessere Planungsstrategie

Auf der zweiten Seite dieses Aufsatzes wurde mit wenigen Sätzen die Gesundheitsplanung in der Schweiz mit «*Inkrementalismus*» charakterisiert. Vielleicht wäre es angezeigt gewesen, die Nachteile dieser Planungsstrategie aufzuzählen. Dies unterblieb, weil nicht «Fluchthilfe» geboten werden wollte: Die Aufzählung von Negativa führt in der schweizerischen Politik nicht selten dazu, dass man sich hinter Positiva verbarrikadiert, statt auf die Kritik einzutreten. Die politisch-planenden Instanzen müssen ihre Schwierigkeiten selber artikulieren – dass man beginnt, Unzulänglichkeiten der bisherigen Planung zu orten, wurde zu Beginn dieses Aufsatzes angetönt. Es müssen also noch Hinweise auf eine mögliche Neuorientierung geboten werden: Ein radikaler Wandel, die radikale Strategie, ist unter den jetzigen schweizerischen Verhältnissen nicht realistisch. Eine rationale Strategie aber ebenso wenig, weil der Aufwand im Vergleich zur verfügbaren Zeit und den Mitteln viel zu hoch wäre. Damit bleibt nur noch die *gemischt-suchende Strategie*⁴⁰: Die Planer suchen alle diskutablen Alternativen zum Status quo nach Lösungsmöglichkeiten ab. Jene Alternativen, welche Mittel erfordern, die in kürzerer Zeit nicht mobilisiert werden können und/oder welche zentrale Werte der Entscheidungsträger verletzen, kommen für die Planung nicht in Betracht. Sukzessive verringert man die Zahl der Alternativen (das heisst der Handlungsstrategien) unter Einsatz rationaler Entscheidungsmechanismen. Was übrig bleibt, ist das vorläufig Beste, in absehbarer Zeit Realisierbare, für eine Planung Verwendbare.

Die Projektauswahl, welche für diesen Aufsatz getroffen wurde, gewannen wir mit der gemischt-suchenden Strategie. Allerdings mussten mehrere Annahmen undiskutiert gelassen werden, weil die Werte und verfügbaren Mittel im Kanton Bern nicht alle bekannt sind. Die zu formulierenden Ziele sollten sich nicht auf den Kanton Bern beschränken – jeder Kanton hat einige spezifische Planungsprobleme und alle Kantone haben einige gemeinsame. Auch die Gesundheitsplanung wird zum Prüfstein des *kooperativen Föderalismus*.

¹Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 56, 1975, Nr. 15. – ²Planungsprobleme im Gesundheitswesen, Zürich 1970. – ³In B. Schäfers, Hrsg., Gesellschaftliche Planung, Stuttgart 1973, S. 317. – ⁴G. Kocher, in Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 54, 1973, Nr. 33. – ⁵VESKA, Jg. 39, 1975, Nr. 2. – ⁶L. L. Wade, *The Elements of Public Policy*, Columbus 1972. – ⁷R. Klein, in *Policy and Politics*, vol. 2, 1974, S. 219ff. – ⁸Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 56, 1975, Nr. 6. – ⁹Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 54, 1973, Nr. 23. – ¹⁰M. Schär et al., in *Social Science and Medicine*, vol. 7, 1973, S. 585ff. – ¹¹NCHSRD, Hrsg., *Behavioral Science Perspectives in Medical Education*, vol. III, Rockville 1972. – ¹²R. H. Elling, in *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, Sonderheft 3, 1958, S. 273. – ¹³J. J. Rohde, in O. Döhner, Hrsg., *Arzt und Patient in der Industriegesellschaft*, Frankfurt 1973, S. 13ff. – ¹⁴Z. B. E. Haefliger und V. Elsasser, Hrsg., *Krankenhausprobleme der Gegenwart*, Bd. 8, Bern 1974. – ¹⁵VESKA, Jg. 38, 1974, Nr. 8. – ¹⁶Jahresbericht 1974 des SKI, in *medita*, vol. 5, 1975, S. 43. – ¹⁷M. Pflanz, in *International Journal of Health Services*, vol. 4, 1974, S. 569. – ¹⁸Z. B. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. L, Nr. 3, 1972, Part 2. – ¹⁹W. A. Reinke, in *Health Service Research*, vol. 8, 1973, S. 309ff. – ²⁰J. G. Anderson, in *Health Service Research*, vol. 8, 1973, S. 184ff. – ²¹D. G. Taylor et al., in *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 16, 1975, S. 39ff. – ²²J. B. McKinlay, in *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 13, 1972, S. 115ff. – ²³P. Belanger et al., in *Behavioral Science*, vol. 19, 1974, S. 407ff. –

²⁴G. McLachlan, Hrsg., *Challenges for Change*, London 1971, S. 237ff. – ²⁵Modell einer allgemeinen Vorsorgeuntersuchung, Schlussbericht, Stuttgart 1972. – ²⁶M. Magdelaine et al., in *Consommation*, vol. 14, 1967, S. 3ff.; A. J. Culyer et al., in A. Shonfield und S. Shaw, Hrsg., *Social Indicators and Social Policy*, London 1972, S. 94ff. – ²⁷R. D. Mustian und J. J. See, in *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 14, 1973, S. 23ff. – ²⁸K. L. White und J. H. Murnaghan, in *International Journal of Health Service*, vol. 3, 1973, S. 81ff.; D. E. Berry, in *Policy Sciences*, Vol. 5, 1974, S. 343ff. – ²⁹Zit. in E. Gruner, *Faktoren der Willensbildung im Bundesstaat 1874–1974*, in *Zeitschrift für Schweizerisches Recht*, Bd. 93, 1974, S. 451. – ³⁰*Disability and Rehabilitation*, Columbus 1969. – ³¹R. T. Smith und A. M. Lilienfeld, *The Social Security Disability Program*, Washington 1971. – ³²H. J. Thurlow, in *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 15, 1971, S. 73ff. – ³³Z. J. Lipowski, in *Comprehensive Psychiatry*, vol. 16, 1975, S. 105ff. – ³⁴M. D. Bogdonoff, in *Gerontologist*, vol. 10, 1970, S. 9ff. – ³⁵A. B. Ginsburg, St. G. Goldstein, in *Journal of Gerontology*, vol. 29, 1974, S. 410ff. – ³⁶M. R. McKee und D. P. McKee, *Vervielfältigung*, Montreal 1974. – ³⁷G. L. Maddox und E. B. Douglass, in *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 14, 1973, S. 87ff. – ³⁸P. M. Blau und W. R. Scott, *Formal Organizations*, San Francisco 1972. – ³⁹W. R. Rosengren und M. Lefton, Hrsg., *Organizations and Clients*, Columbus 1970. – ⁴⁰A. Etzioni, *The Active Society*, New York 1968, S. 282ff.