

Gesundheit – ein normales Produkt der Warengesellschaft?

„Lean Management“ ist ein falsches Rezept

Die Gesundheitsämter könnten zu Orten einer modernen, fachübergreifend arbeitenden Bevölkerungsmedizin werden

Von Norbert Schmacke

Die Diskussion über die Krise des Sozialstaats macht um den öffentlichen Gesundheitsdienst keinen Bogen. Die Zauberformel von der Verschlankung des Staates unterstützt den Abbau selbst von Kernbereichen dieses Systems – eine wirklich dramatische Situation, die nur in scheinbarem Widerspruch zu der hohen Wertschätzung innovativer Ansätze in den Gesundheitsämtern durch die Bundes- und Landespolitik steht.

Der öffentliche Gesundheitsdienst wird mit dem Reformeifer konfrontiert, den die gesamte öffentliche Verwaltung gegenwärtig erlebt. Leider bestehen nur diffuse Vorstellungen, mit welcher Zielrichtung Veränderungen eingeleitet werden müssen. Ehrenwert ist das Entbürokratisierungsmotiv: Bürgernähe ist das Schlagwort und sie steht dem sozialen Rechtsstaat gut an. Aber wo stößt Bürgernähe bei komplizierten Verwaltungsakten wie Planfeststellungsverfahren oder gar bei hoheitlichen Eingriffen notwendigerweise an Grenzen?

Daß „der Staat“ zu teuer ist, ist eine beliebte Argumentationsfigur. Wird überhaupt noch gesehen, daß eine postmoderne Gesellschaft eine leistungsfähige öffentliche Verwaltung als Bürgerservice-Institution dringend benötigt und daß diese nicht zum Nulltarif zu haben ist? Am Beispiel Englands läßt sich trefflich studieren, wohin der Thatcherismus geführt hat: Der vorbildliche *National Health Service* wurde ausgetrocknet, weil er nicht in die Marktideologie paßte. Bei uns erscheinen Privatisierung und Öffnung zum Markt als Zauberwaffen, obwohl die Forschung gezeigt hat, daß sich wesentliche Fragen der Daseinsvorsorge nicht marktwirtschaftlich lösen lassen.

Kostenbewußt handeln

Natürlich ist es unsinnig, die Notwendigkeit der Effizienzsteigerung im öffentlichen Bereich leugnen zu wollen. Wer Steuermittel verwendet, muß kostenbewußt handeln. Aufgaben müssen rational begründet werden und nicht dem „Das-machen-wir-schon-immer-so-Prinzip“ folgen. Prioritäten zu setzen ist notwendiger Bestandteil modernen Managements. Und es ist richtig, daß Qualitätssicherung nicht überall rasch genug Einzug in die

Routine des öffentlichen Gesundheitsdienstes gefunden hat. Unredlich wird die Kritik des öffentlichen Sektors aber dann, wenn mit doppelter Buchführung gearbeitet wird: Wie ist es denn um die Qualitätssicherung bei den Hausärzten und in den Kliniken bestellt?

Die Kameralistik ist ein anachronistisches Mittel der Haushaltsverwaltung. Das Gegenmittel „Budgetierung“ ist aber nur dann zukunftsweisend, wenn es nicht vorrangig zur Kostendämpfung eingesetzt wird, sondern tatsächlich Entscheidungsspielräume und Motivation schafft. Dies führt zu der Frage, wie sinnvoll die Übernahme der Produktidee aus der Wirtschaft für den öffentlichen Gesundheitsdienst ist. Fast alle heutigen Reformkonzepte für den öffentlichen Dienst sind fasziniert von der Idee des *Lean Management*. Dieser Ansatz eines effizienteren Umgangs mit Ressourcen wurde nun freilich in der japanischen Autoindustrie entwickelt; warum sollte er im Ernst für das komplexe Gebilde öffentlicher Gesundheitssicherung anwendbar sein? Zunächst muß – auch wenn dies konservativ klingt – öffentliche Verwaltung zwingend dem jeweils gültigen Kanon an Gesetzen und Rechtsnormen folgen, welche notwendigerweise „Unproduktivität“ in sich bergen. Dies wird heute unter dem Aspekt der Starrheit bürokratischer Systeme diskutiert; es wird aber überhaupt nicht mehr gesehen, daß zu den wichtigen Aufgaben des sozialen Rechtsstaats das Gleichheitsgebot und die Daseins- und Zukunftsvorsorge gehören. Der Preis hierfür läßt sich nicht auf dem Aktienmarkt ermitteln.

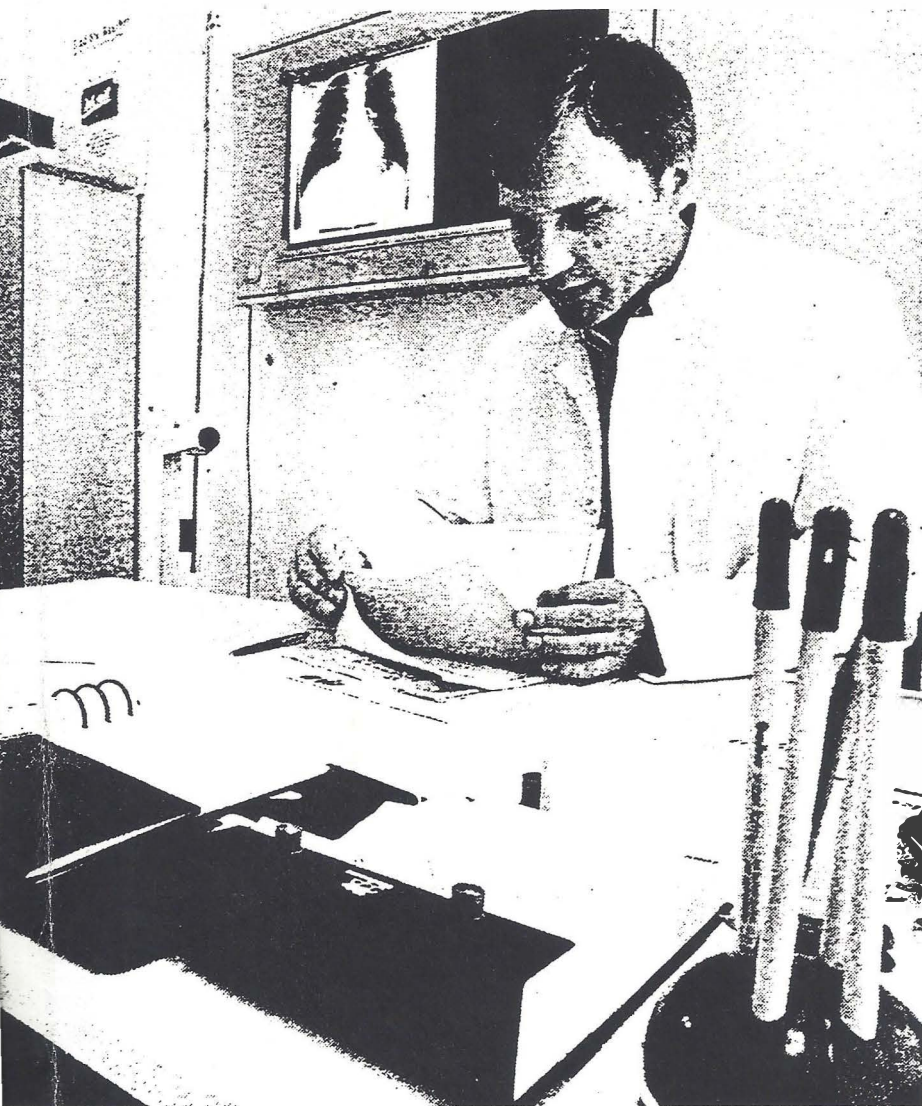
Da öffentliche Verwaltung gerade im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen nicht auf die Grundprinzipien des Sozialstaates verzichten kann, bedeutet das Verweisen auf die reinen Marktprinzipien nichts anderes, als den Prozeß des Rahm-Abschöpfens zugunsten cleverer Anbieter auf die Spitze zu treiben. Die *Lean-Management*-Befürworter übersehen, daß der öffentliche Gesundheitsdienst in seinem dreistufigen Aufbau in Bund, Länder und Kommunen nicht nur eine aus vielen Berufsgruppen zusammengesetzte Fachverwaltung ist, die im Bereich Prävention und Gesundheitsschutz „Produkte“ erzeugt, deren Preis schlicht nicht mit



AUF BÜRGERNÄHE kommt es an,

derselben Rechensystematik ermittelt werden kann wie dies für Strafmahn- oder Geburtsurkunden möglich sein mag. Und sie übersehen, daß der öffentliche Gesundheitsdienst außerdem Teil des Krankenversorgungssystems ist. Sachverständigenrat der Bundesregierung hat mitnichten den Staat von seiner präventiven und gesundheitssichernden Aufgaben entbunden.

Der öffentliche Gesundheitsdienst wird zu einem Zeitpunkt der gnadenlosen Kritik unterworfen, da im lukrativen Gesundheitswesen Nachdenklichkeit bezüglich der Markteuphorie begonnen hat. Reiner Wettbewerb führt zum Anwachs der Gesamtbudgets. Unzureichende Steuerung der Angebotsseite führt für schwachen Bevölkerungsgruppen, die der „Komm-Struktur“ des Systems (Stichwort: Sprechstundenmedizin) nicht gut zurechtkommen, zur Verschlechterung ihrer Gesundheitschancen. Eine Beschäftigung mit Bereichen wie Psychiatrieplanung oder Steuerung des Pflegedarfs führt immer wieder zu dem zentralen Punkt: Wer den modernen sozio-



im öffentlichen Gesundheitswesen.

Photo: Bachmeier/SZ-Archiv

Rechtsstaat will, darf dessen strukturelle und finanzielle Voraussetzungen nicht regionalen Zufällen oder gar der vagen Welt der Barmherzigkeit anvertrauen.

Die Erfahrungen mit der Gesundheitsreform-Debatte in den USA müssen vor dem Irrweg warnen, in der Einführung reiner Marktmechanismen im Gesundheitswesen die Lösung der Finanzprobleme zu sehen. Dort verzeichnen die Kosten und interessanterweise gerade die Verwaltungsanteile wesentlich größere Steigerungsraten als im hiesigen System – bei einem inakzeptablen Auseinanderklaffen der Versorgungsqualität zwischen Reich und Arm. Es ist tragisch, daß die überstürzte Einführung von Produktpaletten als Steuerungsinstrument und der weitere drastische Abbau der Stellenpläne den öffentlichen Gesundheitsdienst in einer Phase treffen, in der er aus seiner Nachkriegs-Schwächeperiode herauskommt und im Verbund mit den universitären *Public-Health*-Disziplinen neue Modelle einer zeitgemäßen gemeindlichen Gesundheitsversicherung zu entwickeln begonnen hat.

Für eine Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes müssen die verschiedenen Handlungs- und Gestaltungsebenen auseinandergehalten werden: In der internen Arbeitsorganisation könnten bei intelligenter Förderung moderner Methoden einschließlich *In-House*-Schulungen zu Technik, Management und Qualitätssicherung Rationalisierungsgewinne erzielt werden. Solange freilich der Fortbildungsetat in den Ämtern mit der Lupe gesucht werden muß, kann auch der Ankauf von leistungsfähigen Rechnern wenig ausrichten. Der Reformprozeß muß weiter dadurch gefördert werden, daß die Mitarbeiter ernsthaft beteiligt werden und nicht jeden Tag mit neuen praxisfernen Modellen aus der blutleeren Sicht von eingeflogenen Experten beglückt werden. Dies ist durch die Begleitforschung kluger Reformprozesse belegt. Auch den Beschäftigten des öffentlichen Dienstes darf unterstellt werden, daß sie in ihrer über großen Mehrheit an guter Arbeit interessiert sind. Wer sie demgegenüber zum Prügelknaben der Staatsverschuldungsdebatte macht, vergibt den möglichen

Innovationsschub. Ernstgemeinte Budgetierung ohne unzumutbare Absenkung des ökonomischen Eingangsniveaus und Verzicht auf ein perfektionistisches Controlling können schließlich den Amtsleitungen und Personalräten den Spielraum zum vernünftigen Umgang mit den begrenzteren Ressourcen geben.

Den Politikern muß die Einsicht abverlangt werden, daß komplexe Arbeitsansätze wie Gesundheitsförderung oder Verantwortung für regionale Gesundheitskonferenzen nicht als streng kalkulierbare Produkte zu definieren sind. Wo es nicht möglich ist, wie in der klinischen Medizin, „Goldstandards“ zu definieren, kann auf das ebenfalls bewährte Instrument der Konsensus-Konferenzen zurückgegriffen werden. Dies setzt aber voraus, daß im öffentlichen Gesundheitsdienst hochkompetente Akteure tätig sind und die motivierten Kräfte nicht bei weiterem Ausschachten der Stellenpläne davonlaufen.

Politische Wechselbäder

Wenn man sich die Größenordnungen anschaut, um die es im System der gesetzlichen Krankenversicherung einerseits und im öffentlichen Gesundheitsdienst andererseits geht, so müßte es auch leicht möglich sein, in Überschneidungsbereichen der beiden Systeme (zum Beispiel sozialpsychiatrische Dienste, Impfungen, Gruppenprophylaxe in der präventiven Zahnheilkunde) Wege zu finden, die nicht nur immer in die Richtung der Privatisierung bewährter kommunaler Dienstleistungen weisen, sondern im privat-öffentlichen Mix realisiert werden.

Die Akteure in Politik, gesetzlicher Krankenversicherung, öffentlichem Gesundheitsdienst und Wissenschaft müssen jetzt die Kraft aufbringen, öffentliche Gesundheit als Leitidee ins Blickfeld zu nehmen. Denn jenseits der alten Allmachtsphantasien staatlicher Gesundheitspolitik und der obsoleten Allzuständigkeitsansprüche des Amtsarztes obrigkeitsstaatlichen Typs ist unstrittig, daß auch entwickelte Industriegesellschaften einen leistungsfähigen öffentlichen Gesundheitsdienst benötigen, der nicht pausenlos konjunkturellen und parteipolitischen Wechselbädern unterzogen werden darf. Die Fachwelt ist sich längst einig, daß eine moderne Gesundheitspolitik sich nicht in der Finanzierung der kurativen Medizin erschöpfen darf. Was spricht dagegen, daß die Gesundheitsämter zu Orten einer modernen, multiprofessionell arbeitenden Bevölkerungsmedizin werden, die Aufgaben erfüllt, welche niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser einfach nicht lösen können? Die gegenwärtige Enge der kommunalen Haushalte darf diese eigentlich selbstverständliche Perspektive nicht unmöglich machen.

Der Autor ist Internist und Sozialmediziner und leitet die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.