

Freie Beiträge

MMG 14 (1989) 49–59

© Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

Formen der Kooperation zwischen den Krankenhausärzten und den Sozialdiensten*

Doris Schaeffer

ZUSAMMENFASSUNG: Der Beitrag geht davon aus, daß Kooperationsprozesse zwischen Krankenhausärzten und Sozialdienstmitarbeitern bislang zu wenig Aufmerksamkeit medizinsoziologischer Betrachtungen auf sich gezogen haben. An der Frage der Versorgungszuweisung nimmt die Verfasserin die Schneidung dieser beiden Berufe in den Blick, fragt zunächst nach der Fremdwahrnehmung durch die jeweils andere Berufsgruppe und den wesentlichen Kooperationserfahrungen und zeigt anschließend drei zentrale Formen der Kooperation und die ihnen zugehörigen Interaktionsmuster auf. Dabei werden Diskrepanzen und Konflikte offenbar, die deutlich machen, daß die unterschiedlichen Fähigkeiten, Orientierungen und Handlungsroutinen oft schlecht ineinandergreifen. Diese Diskrepanzen stehen in Korrespondenz zum Wandel der Berufe in der modernen Gesellschaft. Erforderlich sind Austauschprozesse mit dem Ziel, die überwiegend formale Kooperation – dem gemeinsamen Handlungsinteresse folgend – in eine inhaltlich orientierte zu transferieren und auf diese Weise die Passungsprobleme beider Berufsgruppen zu steuern.

SUMMARY: This article takes as its point of departure the fact that processes of cooperation between hospital physicians and social workers have, up to the present, not received enough attention in medico-sociological studies. Taking the question of the allocation of responsibility for care, therefore, it looks at where the two professions overlap, examining first of all how each profession sees the other and how they experience the cooperation. It goes on to point out three central forms of cooperation and the patterns of interaction peculiar to each. Here, discrepancies and conflicts become apparent which clearly indicate that abilities, objectives, and treatment methods frequently intermesh poorly. These discrepancies correspond to the change these professions are undergoing in modern society. What is required are exchange processes which, based on a common interest in action, are aimed at transforming this mainly formal cooperation into one determined by realities, as a way of remedying the two professions' problems of compatibility.

* Die Erfahrungen, die den folgenden Überlegungen zugrunde liegen, stammen aus dem Forschungsprojekt „Versorgung alter Menschen – Bedarf und Barrieren“, das Dr. *Vjenka Garms-Homolová*, *Ulrike Hütter* und ich gemeinsam an der Freien Universität durchführen. Die Leitung obliegt Prof. Dr. *Hans Oswald* und Prof. Dr. *Bernhard Badura*. Es wird von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert und ist Teil des Verbundprojekts *Age Care Research Europe*, einer europäischen Vergleichsstudie, an der insgesamt 9 Länder beteiligt sind.

Die Interviewzitate sind Teil der im o.g. Projekt erhobenen Daten. Es handelt sich um offene, semi-strukturierte

Interviews mit Krankenhausärzten und Sozialdienstmitarbeitern, die textanalytisch ausgewertet wurden. Die Datenerhebung fand in Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen statt und bezog insgesamt 26 Ärzte und 25 Sozialdienste ein.

In den Interviewzitate, die hier ohne Transkriptionszeichen, dennoch aber lautsprachlich wiedergegeben sind, steht A für Arzt und S für Sozialdienstmitarbeiter. Die sich anschließenden Zahlen beziehen sich auf die beteiligten Personen; es folgt die Seitenzahl im Transkript und dann die Zeilenangaben.

Einleitung

Bis gegen Ende der sechziger Jahre haben wir in der Bundesrepublik ein Wachstum an helfenden Berufen erlebt, im Zuge dessen auch die soziale Arbeit im Krankenhaus eine beträchtliche Expansion erfahren hat. Obschon die Gesundheitsfürsorge und die Sozialarbeit im Gesundheitswesen zu den traditionsreichsten Bereichen sozialer Arbeit gehören, kehrte sie erst damit auf breiter Basis in die Institution Krankenhaus ein (12). Eine Reihe von Arbeiten machte seither auf Konfliktfelder aufmerksam (3, 9, 11, 15, 20), ohne daß aber die existierenden Kooperationsbeziehungen einer erschöpfenden medizinsoziologischen Analyse unterzogen worden wären. Dazu beizutragen ist Anliegen dieser Arbeit. Sie konzentriert sich auf die Problematik der Zuweisung und Distribution von nachsorgenden Versorgungsmaßnahmen und auf die zwei zentral daran beteiligten Berufsgruppen: Krankenhausärzte und Sozialdienstmitarbeiter.

Die soziale Organisation des Handlungsfelds

Die Kooperation von Krankenhausärzten und Sozialdienstmitarbeitern ist zwingend, soll ein Patient, dessen Versorgung nicht gesichert ist, entlassen werden. Doch unterliegen beiden gänzlich unterschiedliche Aufgaben im Prozeß der Versorgungszuweisung. Den Krankenhausärzten kommt die Funktion als Entscheidungsträger zu. Sie sind formal autorisiert, den Patienten und seinen Zustand zu begutachten und die einzuleitenden Versorgungsmaßnahmen festzulegen. So gesehen sind sie die entscheidenden Distributoren, die den Zugang zur nachfolgenden Versorgung eröffnen. Die Sozialdienstmitarbeiter haben dagegen die Aufgabe, die Entscheidungen der Ärzte zu implementieren. Sie haben kaum formale Entscheidungsbefugnisse, sind jedoch bevollmächtigt, jene Maßnahmen einzuleiten, die von den Ärzten anvisiert wurden. Die hier zutage tretenden *qualitativen Divergenzen* der Funktionsbereiche beider Berufsgruppen zeigen sich auch in professioneller und institutioneller Hinsicht. Während der ärztliche Beruf als „Muster vollkommener Professionalisierung“ gilt (20, S. 67), der neben systematisch entwickelten Wissensbeständen, Zentralwert-

bezogenheit seines Handelns auch über Autonomie der Kontrolle über die eigene Tätigkeit verfügt, stellt die Sozialarbeit eine sogenannte „schwache“ Profession dar (6), die nur ansatzweise Autonomie und institutionalisierte Standards der Berufsausübung besitzt und bis heute – trotz gegenteiliger Bestrebungen – einen weitaus geringeren Grad an Professionalisierung aufweist als die medizinische Profession. Ebenso deutlich sind institutionelle Divergenzen: Ärzte nehmen die ranghöchste Position im Krankenhaus ein. Dagegen sind die Sozialdienste der Administration subsumiert und gehören zu den „anderen Dienstkräften“. Sie sind nicht, wie etwa Ärzte, professionsspezifisch zugeordnet, sondern unterliegen der effizienzgebundenen Kontrolle bürokratischer und somit professionsexterner Instanzen.

Soweit das Bedingungsgefüge, das den Kooperationspielraum markiert. Wenden wir uns nun der aufgeworfenen Problematik zu und beginnen mit der Frage, wie sich die Fremdwahrnehmung der jeweils anderen Profession darstellt und wie die Kooperation in der alltäglichen Handlungspraxis gehandhabt wird.

Der Sozialdienst in der Wahrnehmung der Krankenhausärzte

Aus der Perspektive der *Ärzte* bleibt der Sozialdienst relativ anonym, zeigt ein eher unprägnantes Gesicht und wird, berichten sie über ihren Berufsalltag, in der Regel nur äußerst allgemein erwähnt. Dieses Phänomen ist besonders in großen Krankenhäusern anzutreffen und variiert hinsichtlich der Fachrichtung und der hierarchischen Position der Ärzte: So können sich beispielsweise die Chirurgen, nach dem Sozialdienst befragt, oft bestenfalls an die „nette Frau X“ erinnern, „die das alles macht“ (A 11). Hingegen sind sich die Chefärzte zwar sicher, daß ihr Anliegen vom Sozialdienst erledigt wird, und haben daher auch eine Vorstellung über dessen Aufgaben, können sich jedoch nicht der konkreten Personen besinnen, mit denen sie zusammenarbeiten. Handlungsleitend ist für sie alle die Annahme, der Sozialdienst sei vor allem für die Patientenabnahme und das dazugehörige Management zuständig. Lediglich bei Krankenhäusern mit einem speziellen Selbstverständnis

zeigt sich ein anderes Bild. In diesen Kliniken wird der psycho-sozialen Situation des Patienten besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Folglich erlangen auch jene Berufsgruppen die Beachtung der Ärzte, die mit diesen Aspekten der Patientenproblematik befaßt sind.

Generell aber haben die Krankenhausärzte eine unspezifische Vorstellung vom Sozialdienst, dessen Aufgabenfeldern und Problemen. Über die Kooperation ist lediglich zu erfahren, daß sie „gut klappt“. „Die machen das dann“ (A 14, A 19), mit diesen eher kargen Worten beschreiben die Ärzte zumeist die Tätigkeit des Sozialdienstes. Hier wird deutlich, daß die Ärzte den Sozialdienst als *Funktions-träger* verstehen, an den eine erforderliche Aufgabe delegiert wird – eine Aufgabe, mit der sie sich selbst nicht befassen und nicht befassen wollen. „Wohlwollendes Desinteresse“, so nennen es *Bollinger/Hohl* (3), das jedoch gleichzeitig an ein Beharren auf ein effizientes Bettenfreimachen gekoppelt ist. Keinesfalls wird die Tätigkeit des Sozialdienstes in der Weise anerkannt, daß hier ein eigenständiger professioneller Beitrag geleistet wird, der für die medizinische Handlungspraxis von Belang ist und in diese einzubeziehen ist.

Die Krankenhausärzte aus der Perspektive der Sozialdienste

Aus der Perspektive der *Sozialdienste* ergibt sich ein ganz anderes Bild. Da die Tätigkeit der Sozialdienste formal durch die behandelnden Ärzte eingeleitet wird, sind sie bei der Aufgabenbewältigung weitgehend auf die Ärzte angewiesen. Je früher der Sozialdienst eingeschaltet wird, desto größer ist der zeitliche Rahmen, der dem Sozialdienst zur Verfügung steht, und desto größer sind auch die Chancen, eine der Problemsituation des Patienten entsprechende Versorgungsmöglichkeit zu finden. Wird der Sozialdienst zu spät eingeschaltet, sind Handlungsmöglichkeiten begrenzt. Zum eingeschränkten zeitlichen Rahmen kommt in der Regel der Druck der Krankenkassen hinzu: Wenn sich die Heilungsaussichten als gering erweisen, wie das bei chronisch kranken Patienten häufig der Fall ist, erlischt deren Anspruch aus dem Versicherungsfall. Dann muß so rasch wie möglich

eine Versorgung gefunden werden, die nicht von der Krankenkassenfinanzierung abhängig ist. Die Sozialdienstmitarbeiter haben nun keine andere Wahl, als diesen systemstrukturellen Gegebenheiten entsprechend zu handeln und ihnen das Wohl des Patienten unterzuordnen. Sie werden zu einer Handlungsweise gezwungen, die aus professionssoziologischer Perspektive als Ausdruck von Deprofessionalisierungstendenzen der Medizin gedeutet werden kann. Diese Entwicklung, die u.a. durch zunehmende Institutionalisierung und Bürokratisierung der Medizin evoziert wird, bringt es mit sich, daß professionsexterne Kriterien – konkret: institutionelle und systemstrukturelle (7) – vor professionsimmanenten Vorrang erhalten. Wie wir an dieser Stelle sehen, bleibt die soziale Arbeit von derartigen Entwicklungen nicht unberührt, was eine zusätzliche Schwächung dieser Profession bewirkt.

Das Aufgabenfeld des Sozialdienstes ist so strukturiert, daß dieser die Anweisungen der Ärzte zu befolgen hat. Dabei aber betreffen die ärztlichen Anweisungen ein Gebiet, wofür sich die Ärzte nicht direkt zuständig fühlen und dessen Gegebenheiten sie in der Regel nur vage kennen. Die ärztlichen Anweisungen sind daher oft unpräzise bzw. sogar „falsch“, wie die Sozialdienstmitarbeiter klagen. Sie werden deshalb meist zur Rückkoppelung gezwungen und müssen ihnen zugestellte Ausführungen des Arztes korrigieren bzw. versuchen, die entsprechenden Unterlagen an Stelle des Arztes auszufüllen. Dieses ist freilich eine Strategie, der ein hohes Konfliktpotential innewohnt. In Krisensituationen nämlich reklamieren die Ärzte, in ihrem Status „übergangen“ worden zu sein. Hingegen unterstreichen Sozialarbeiter die Mißachtung der Anforderungen ihres Handlungsfeldes bzw. des gemeinsamen Handlungsinteresses und betonen die durch das Verhalten der Ärzte evozierte Erhöhung des Arbeitsaufwands. Sie lasten den Ärzten Unverständnis an und beklagen die Ignoranz, mit der diese auf ihrer begrenzten medizinischen Sichtweise insistieren und Modalitäten der Versorgungszuweisung ausblenden. Die Beziehung zu Ärzten ist besonders belastet, wenn der Sozialdienst seine Tätigkeit nicht respektiert sieht, sei es, weil er zu spät eingeschaltet wird, das jeweilige Handlungsfeld nicht vorbereitet wird, oder gar:

„weil die Ärzte nicht so gewillt sind, mit uns zusammenzuarbeiten, beziehungsweise es einfach vergessen“ (S 23; 5/34–36).

Nicht selten münden die aus diesen Problemen erwachsenen Erfahrungen in der meist als entmutigend empfundenen Erkenntnis: „die wissen ja überhaupt nicht, was'n Sozialarbeiter ist“ (S 25; 15/32–33). Die Ursache für dieses Unverständnis und die daran geknüpfte wohlwollende, aber desinteressierte Haltung der Ärzte sehen die Sozialdienstmitarbeiter in der unzureichenden Ausbildung der Ärzte:

„Aber ich meine, man sollte sich auch mal die Situation der Ärzte angucken. Die kommen frisch von der Uni, haben weder von Psychologie noch von . . . Menschen 'ne Ahnung, ja, ich sag' dies mal ganz drastisch, und sie sind also oft wirklich nicht in der Lage, . . . alles zu überschauen . . . die haben da einfach Angst, oder, . . . ja, die sind überfordert . . . Es ist ja nicht immer böser Wille. . . .“ (S 15; 52/6–16).

Unschwer ist vorstellbar, daß diese von den Sozialarbeitern konstatierte Problematik ein Erschwernis für den alltäglichen Handlungsablauf ist und profunde Störungen der Kooperation nach sich zieht. Nach Ansicht der Sozialdienste versuchen die Ärzte, die „Drecksarbeit“ (S 19) abzuschieben und sich, zumeist unter Rückbezug auf ihre hierarchisch höhere Position, des lästigen „Verwaltungskrams“ zu entledigen. Ein besonders schlechtes Ansehen genießen – das wurde im obigen Textauszug deutlich – die Berufsanfänger. Sie zeigen immenses Unwissen und große Resistenz gegenüber den konkreten Gegebenheiten der Versorgungsorganisation und bedürfen besonders intensiver „Nachhilfe“ durch den Sozialdienst (S 19).

Hat aber der Sozialdienst seine Tätigkeit aufgenommen, so determiniert ein ganz anderes Problem die Zusammenarbeit. Sehr häufig stellen die Sozialdienste dann fest, daß die vom Arzt getroffenen Versorgungsentscheidungen ohne Rücksprache – oder nur in unzureichender Absprache mit dem Patienten – getroffen wurden:

„Und der Arzt muß eigentlich doch derjenige sein, der das dem Patienten als erster sagt, was

(–) was er für 'ne Maßnahme ergreift. Und da drücken die sich meist halt und schieben also den Schwarzen Peter oft dem Sozialdienst zu“ (S 23; 9/22–30).

In diesen Fällen, in denen die bereits getroffenen Entscheidungen ohne Aufklärung und Mitsprache des Patienten erfolgen, ist es der Sozialdienst, der die gesamte Aufklärungsarbeit übernehmen muß. Andernfalls nämlich gewährt der Patient nicht den Zugang zu den für die Bearbeitung erforderlichen Unterlagen. Natürlich kollidiert diese Situation mit dem professionellen Selbstverständnis der Sozialdienstmitarbeiter. Zwar kommt die ihnen mehr oder minder zugeschobene kommunikative Funktion ihrem fürsorglichen und ihrem sozialpädagogischen Selbstverständnis entgegen. Auf der anderen Seite aber wird die Beziehung zu den Ärzten gestört, da ein solches Handeln als Delegieren unliebsamer Aufgaben verstanden wird. Gleichzeitig sehen sie hier ihr Berufsethos verletzt, für das die Wahrung der Autonomie des Patienten und so auch die Aufklärung konstitutiv ist.

Über all das hinaus gibt es einen anderen Berührungspunkt, an dem sich das bereits angeklungene Störpotential zuspitzt. Dieses ist vor allem bei den sogenannten „Verlegungspatienten“ der Fall, beispielsweise bei Patienten, die nicht mehr nach Hause entlassen werden können und dauerhaft in einer Pflegeeinrichtung untergebracht werden müssen. In diesen Situationen ist erforderlich, daß die Kooperation von Sozialdienst und Ärzteschaft gut koordiniert verläuft und in den verschiedenen Stadien der Verlegung soweit abgestimmt werden kann, daß im Notfall (so z.B. für den Fall der Finanzierungseinstellung) innerhalb kürzester Zeit ein Abnahmeplatz für den Patienten gefunden werden kann. Voraussetzung hierfür ist jedoch die Erkenntnis, daß nur beide Professionen *gemeinsam* das Versorgungsmanagement in befriedigender Weise zu lösen vermögen. Fehlt diese Einsicht – wie dies nach Meinung der Sozialdienste bei vielen Ärzten der Fall ist – entstehen Krisen, die letztendlich durch den Sozialdienst aufgefangen werden müssen.

Es gibt – nach Meinung der Sozialdienste – 3 Typen von Ärzten, mit denen sich die Ko-

operation schwierig gestaltet. Den *ersten Typus* verkörpern die *Stationsärzte*, die nur relativ kurze Zeit auf den einzelnen Stationen verbleiben. Diese Fluktuation ist für die Arbeit des Sozialdienstes extrem hinderlich, denn sie zwingt nicht nur zur intensiven „Nachhilfe“ für die Berufsanfänger („in diese Köpfe geht das nicht rein“ – S 15), sondern steht auch der Herausbildung „einer routinierter Form“ (A 19) der Zusammenarbeit im Weg.

Zum *zweiten Typus* gehören die *Chirurgen*, die sich – stets in Zeitnot – nur flüchtig mit Versorgungsfragen befassen. Nach Ansicht der Sozialdienste vermögen sie die Tragweite der Versorgungsproblematik ihrer Patienten nicht zu erkennen, sondern reduzieren diese auf das „gebrochene Bein“ oder die „operierte Galle“. Gleichzeitig aber beharren sie auf ihrer Definitionsmacht und bestehen auf einer umgehenden Bettenfreimachung durch den Sozialdienst. Aufgrund der sich darin ausdrückenden Uneinsichtigkeit werden die Chirurgen generell für unfähig gehalten, sinnvoll und gut koordiniert mit dem Sozialdienst zu kooperieren:

„auf der Chirurgie is det ganz besonders deutlich äh . . . wenn ja wenn das Bein geheilt is und äh . . . denn drängeln se, und woll'n den Patienten dann loswerden weil se die Betten brauchen, und dann is es also sehr schwer ihnen klarzumachen, ja mhm . . . in die Situation könn'n wa die Leute nich entlassen und ihr müßt jetzt halt ebend einfach warten.“ (S 15; 11/9–19)

Oder noch krasser: „Bei den Chirurgen ist es vielfach so, wenn die Wunde verheilt ist sind se gesund. Denn ist für sie nichts mehr. Und wenn se denn nich laufen könn'n sind se selber schuld.“ (S 15; 27/27–35).

Den *dritten Typus* bilden die *Chefärzte*, die – aus der Perspektive des Sozialdienstes gesehen – ausschließlich an der medizinischen Attraktivität ihrer Patienten interessiert sind und alte, langliegende Patienten in der Regel als Störfaktoren auf der Station betrachten, die es so bald als möglich zu eliminieren gilt.

„Einmal so in der Woche gibt's Druck, wenn die Chefvisite bevorsteht. Immer wenn se war

kommt schon mal vor, daß die dann anrufen und sagen, ja also heute äh der Chef hat gesagt, er kann die Frau nich mehr seh'n. Schafft die uns bloß vom Hals.“ (S 15; 43/28–34).

Generell also – so läßt sich bilanzieren – wird die Kooperationsfähigkeit der Ärzte relativ kritisch beurteilt. Vor allem wenn die Ärzte den Handlungsspielraum der Sozialdienste begrenzen und dieses aufgrund ihres professionellen Status tun, ohne dabei Sanktionen befürchten zu müssen, reagieren die Sozialdienstmitarbeiter mit Ärger und auch offener Konkurrenz. Diese Reaktion, die durch die untergeordnete hierarchische Position der Sozialarbeiter potenziert wird, verstärkt die distanzierte Haltung gegenüber den Krankenhausärzten. Dagegen nimmt sich das Bild, das von der eigenen Profession gezeichnet wird, deutlich positiver aus: sich selbst stellen die Sozialdienste als diejenigen dar, die den „wirklichen“ Fall des Patienten, sprich seine soziale und psychische Situation, kennen und die weitaus besser in der Lage sind, nicht autonomiebeschädigend mit dem Patienten umzugehen.

Wo diese Konkurrenzproblematik nicht vorhanden ist, herrscht eine ungestörte Beziehung von Ärzten und Sozialarbeiter vor. Auf eine solche Situation stoßen wir dort, wo die Zusammenarbeit seit langem eingespielt ist und wo beide Kooperationspartner auf bewährte Handlungsrouninen zurückgreifen können. In der Regel finden wir dann entweder eine Arbeitsbeziehung vor, die die Autonomie des jeweiligen Handlungspartners unangetastet läßt oder die in einer traditionellen Form der Kooperation aufgegangen ist. Dabei sind die Handlungsspielräume so abgesteckt, daß es kaum zu Reibungen kommen kann, sei es, weil der Sozialdienst die vorgegebenen Begrenzungen von vornherein akzeptiert oder aber, weil ihm jener Freiraum gewährt wird, den er für eine sinnvolle Abwicklung seiner Aufgaben benötigt.

Formen der Kooperation

Generell legen die Ausführungen der Ärzte und Sozialarbeiter die Unterscheidung zwischen drei Formen von Kooperation nahe:

1. die am „ganzen Haus“ orientierte Form der Kooperation
2. die administrativ orientierte Kooperation und
3. die weitgehend autonome Koexistenz.

Keinesfalls decken diese drei Formen die ganze Palette an Kooperationsmöglichkeiten ab, die im Krankenhausalltag anzutreffen ist, und ebenso wenig sind sie immer in der beschriebenen Reinform vorzufinden. Vielmehr überlagern sie sich zuweilen oder treten in Mischformen zutage. Dennoch aber handelt es sich um zentrale Formen der Kooperation, für die bestimmte Struktureigenschaften typisch sind.

1. Die am „ganzen Haus“ (2, 3) orientierte Form der Kooperation basiert auf einem traditionellen Verhältnis des Arztes zu den anderen Mitarbeitern der Klinik, wie es vorzugsweise in den Hochzeiten der Professionalisierung des Ärztestandes gefunden werden kann. Die Klinik ist einzig um den Arzt zentriert, der die wichtigste und ranghöchste Position einnimmt und dessen Entscheidung in allen Belangen Gültigkeit hat. Das „ganze Haus“ entspricht in Gänze den Strukturen der patriarchalischen Familie (2, S. 245ff.), wobei dem Arzt die Funktion des Patriarchen obliegt, den Schwestern und den anderen fürsorglichen Mitarbeitern hingegen der dienende und zuarbeitende Part. Bei dieser Kooperationsform verkörpert der Arzt den klassischen Typus des Professionellen: jenen Charismatiker, der das eigene Handeln als Berufung versteht und der – vor dem Hintergrund der Modernisierungsdebatte betrachtet (1) – gewissermaßen eine „vor-moderne“ Persönlichkeit darstellt.

Gewendet auf die angesprochene Fragestellung impliziert eine am „ganzen Haus“ orientierte Form der Kooperation, daß der Arzt mit dem Anspruch tätig wird, die Spitze einer hierarchischen Ordnung zu repräsentieren – einer Ordnung, die jedoch keineswegs auf das Diesseits und auf individuellen Lebenszweck reduziert ist, sondern ihre Legitimation aus einem für allgemein verbindlich und konstant gültig gehaltenen Sinnsystem bezieht (10). Aus der ethischen Verpflichtung auf diese Ordnungsvorstellungen – und damit auf außerhalb des Individuums liegende Handlungszwecke – be-

zieht der Arzt seine charismatische Autorität. Er versteht sich als Vaterfigur, die direkte Anordnungen erteilt, welche durch das ihr unterstellte Personal mit entsprechender Dienstgesinnung und mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln realisiert zu werden haben. Wird von einem Sozialdienstmitarbeiter beispielsweise gesagt:

„ganz besonders im Krankenhaus geh'n die Uhren anders. Da äh (–) wollen die Akademiker das Sagen haben“ (S 6; 7/28–30),

so klingt die damit einhergehende Beziehungsstruktur deutlich an. Im obigen Textauszug wird sie besonders plastisch in der verwendeten Metapher einer anderen Zeitrechnung im Krankenhaus (womit die hier herrschende, auf die Ärzte zugeschnittene Ordnungsstruktur angesprochen ist). Andere Mitarbeiter und ebenso die Sozialdienste gelten – dieser Kooperationsform zufolge – als bloße Umsetzungsinstanz ärztlichen Willens; mehr noch, sie sind im Sinne eines „Herr-Knecht-Verhältnisses“ die Dienenden (3, S. 95).

In dieser Kooperationsform kommt dem Chefarzt die entscheidende Position zu. Er ist allerhöchste Instanz, „hat absolut das Sagen“ (S 6; 9/1) und ist entsprechend wenig an Sichtweisen der anderen Mitarbeiter interessiert. Ihm allein obliegt die Einschätzung des Falls, wobei er meint, in seinem Handeln „den ganzen Menschen“ im Blick zu haben und neben der medizinischen Seite auch ein hermeneutisches Verständnis für den „Fall“ aufzubringen – für den Sinnzusammenhang, aus dem heraus der Patient handelt. Obschon also das ärztliche Handeln in erster Linie auf die organische Befindlichkeit zielt, beansprucht es doch, den Menschen in seiner Gesamtheit erfaßt und adäquat einbezogen zu haben.

Aufgrund dieses Selbstverständnisses kommt es zu der eben beschriebenen Form von Kooperation, deren entscheidendes Merkmal darin besteht, daß andere Deutungen der vorliegenden Problematik eines Falls für irrelevant und belanglos gehalten werden. Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst bedeutet daher Delegation einer Aufgabe und Einschalten einer Instanz, die den ärztlichen Willen „vollstreckt“ (A 8) – ein Begriff, in dem sich die für

diesen Kooperationstypus charakteristische Beziehungsstruktur sprachlich deutlich manifestiert. Eine solche Kooperationsform ist nur dann konfliktlos realisierbar, wenn sie auf Kooperations-„Partner“ trifft (die Anführungsstriche signalisieren, daß diese hier nicht so verstanden werden), die die Rolle des Untergebenen bzw. Dienenden und den daran gebundenen Handlungsspielraum als gegeben akzeptieren.

Oft, jedoch nicht ausschließlich, sind solche Verhältnisse in kleineren Kliniken und in Krankenhäusern kirchlicher Träger anzutreffen. Begünstigend wirkt sich aus, wenn die Mitarbeiter der Sozialdienste nicht graduierte Sozialarbeiter sind, sondern pflegerischen Berufes entstammen und sich dem Selbstverständnis nach als „Gesundheitsfürsorger“ verstehen. Gleichwohl aber sind unter ihnen auch solche Sozialdienstmitarbeiter, die – in Anerkennung dieser ärztlichen Dominanz – den eigenen Handlungsspielraum so weit auszudehnen vermögen, daß sie ihre Tätigkeit mit einem hohen Maß an Autonomie gestalten können. Jedoch kommt es zu Konflikten, folgen die Sozialdienstmitarbeiter einem professionellen Paradigma, das quer zu dem paternalistischen Selbstverständnis der Ärzte liegt. Oftmals ist diese Konstellation Anlaß dafür, daß sich mit der Zeit der als zweiter genannte Kooperationstypus herausbildet.

Für die Versorgung der Patienten bedeutet diese Form der Zusammenarbeit, daß die Suche und die Entscheidung über die weitere Versorgung weitgehend vom Arzt gestaltet wird. Der Arzt deutet in seiner professionellen Stellvertreterfunktion (14) die Situation für den Patienten und sucht nach einer Lösung. Der Patient – in dieser Rolle ehemals kein vollwertiges Gesellschaftsmitglied (16) – wird zu dieser Lösung „geführt“, wie der in diesem Kontext vielfach verwendete Begriff „Patientenführung“ deutlich symbolisiert, d.h. der Patient wird auf die für ihn anvisierte Versorgung „zugerichtet“ (8).

2. Bei der „*administrativ orientierten*“ Kooperation besagt bereits die Bezeichnung Genaueres über das wesentliche Charakteristikum. Dieser Kooperationstypus ist vorzugsweise an den institutionellen Rahmenbedin-

gungen und den systemstrukturellen Vorgaben des Entlassungs- und Verlegungsprozesses sowie dessen Ablaufstruktur orientiert. Natürlich spielt der professionelle Kontext auch in diese Kooperationsform hinein, jedoch kommt ihm eine geringere Bedeutung zu als bei den beiden anderen. Gewissermaßen folgt die Zusammenarbeit hier den Anforderungen der alltäglichen Handlungspraxis im Klinikalltag. Der Arzt schaltet den Sozialdienst an den Punkten der Behandlung ein, wo ihm dieses nach Maßgabe der Systemstrukturen für die Entlassung eines Patienten erforderlich zu sein scheint, und bedient sich dazu des offiziellen Dienstweges. Dieses kann eine soweit formalisierte Praxis sein, daß dem Sozialdienst die ärztlichen Gutachten – im ordnungsstiftenden Sinn symbolische Auftakte der Interaktion mit dem Sozialdienst – per Post zugestellt werden und die Tätigkeit des Sozialdienstes zur „Kiepenarbeit“ deformiert wird (7, S. 200f.). Auch hier verstehen die Ärzte die Zusammenarbeit als funktionale Delegation von Aufgaben, der sie lediglich sekundäre Bedeutung für ihr Handlungsfeld zuschreiben.

Im Vergleich zu dem zuvor dargestellten Typus hat also eine Reduktion des ärztlichen Blicks (5) stattgefunden: der kranke Mensch ist zum Patienten mit organischen Befindlichkeitsstörungen geworden, die es innerhalb spezifischer systemstruktureller Gegebenheiten zu behandeln gilt. Haben diese Vorrang vor fall-spezifischen Kriterien, so kann generell von *administrativ orientiertem Handeln* gesprochen werden, das ausschließlich sachorientiert ist, jedoch zwangsläufig technokratische Züge trägt und mit ebensolchen Formen der Kooperation einhergeht. Vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung der medizinischen Profession betrachtet, handelt es sich um einen Handlungstypus, der dem ersten historisch nachgelagert ist und in Zeiten gefunden werden kann, in denen zunehmende Expertisierung bei sich gleichzeitig ausbreitender Deprofessionalisierung die Entwicklung der Medizin kennzeichnet. Vorzugsweise ist er unter den Bedingungen der Großkrankenhäuser anzutreffen, d.h. der wachsenden Bürokratisierung und Unterordnung unter die Bedingungen der Institution. Generell ist die Medizin im Zuge dieser Entwicklung durch zunehmende Spezialisierung und solche Auf- und

Abspaltungen charakterisiert, die nicht mehr zur Synthese gebracht werden können und daher die Sicht des Arztes reduzieren. Insbesondere die Elemente des therapeutischen und kommunikativen Umgangs mit den Patienten werden zugunsten depersonalisierter Beziehungen und technokratischer Handlungsstrukturen zurückgedrängt (8).

Bezogen auf die hier aufgeworfene Fragestellung impliziert diese Entwicklung, daß wir – ziehen wir als Beispiel den alten Patienten heran – mit ärztlichen Handlungsrouninen konfrontiert werden, denen zufolge allein aufgrund des Alters bei schwerwiegenden Erkrankungen (z.B. Schlaganfall- oder Herzinfarktpatienten) unmittelbar nach der Einweisung prophylaktisch ein Heimplatz beantragt wird, um für die Situation gewappnet zu sein, sollte sich der Patient wirklich zu einem Pflegefall entwickeln. Auch auf die Situation, sogenannte „Problem“-Patienten notfalls umgehend weiterschleusen zu können, bereitet sich der Arzt in vielen Kliniken bereits vor, bevor er überhaupt zu einer medizinischen Einschätzung des Falls gekommen ist. Sein Handeln folgt dann weitgehend administrativen und systemstrukturellen Maßgaben und damit professionsexternen Kriterien.

Dieses Verhalten ist analog auch auf seiten des Sozialdienstes zu finden und zeigt sich dort in Form der sogenannten „Versorgungsspezialisten“ in seiner Perfektionierung. Das sind Sozialarbeiter, die eine äußerst präzise Kenntnis des Geflechts des Versorgungssystems und seiner Instanzen, der gesetzlichen und institutionellen Modalitäten der Inanspruchnahme und ihrer Voraussetzungen, besitzen. Sie beherrschen die Nutzung der offiziellen Pfade der verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten und wissen ebenso die Hürden dieses Systems zu umgehen. Sie kennen die diffizilen Möglichkeiten, Barrieren zu handhaben, sei es durch Umleitungen, durch Unterwanderungen oder sonstige Strategien.

Wollen sie ihre Aufgabe gemäß ihrem Wissen über die systemstrukturellen Gegebenheiten ausführen, sind sie gezwungenermaßen auf eine gut koordinierte Zusammenarbeit mit den Ärzten angewiesen. Was aber bedeutet „gut koordinierte Zusammenarbeit“ in diesem

Kontext? Gemeint ist beispielsweise eine an den Anforderungen des Versorgungsgeschehens und der Ablaufdynamik bei der Beantragung von Versorgungsmöglichkeiten orientierte optimale „Zuleitung“ von Patienten durch die Ärzte. Oder eine Zuarbeitung, die den Maßgaben der Verwaltung und des Versorgungssystems entspricht. Von den meisten Sozialarbeitern wird jedoch beklagt, daß eine solche Kooperation nicht funktioniert und es zu Problemen kommt. Die Sozialdienste sehen sich dann zu der bereits erwähnten „Nachhilfe“ gefordert, d.h. die Ärzte so zu „erziehen“, wie es die Gegebenheiten des Alltags der Versorgungsvermittlung bedingen. Freilich stoßen solche „Erziehungsmaßnahmen“ bei den Ärzten auf Resistenz, die um so massiver wird, je höher positioniert der Arzt ist. Am größten ist sie bei den Chefarzten und den ärztlichen Leitungen der Krankenhäuser. Neben hierarchischen Gründen spielt dabei eine Rolle, daß sie die an sie herangetragenen Anforderungen als professionsfremd empfinden. Nicht zuletzt aus diesem Grund erfordert die Sozialdiensttätigkeit aus interner Sicht einen Mitarbeitertypus, der eine starke Persönlichkeit hat und den Ärzten „pendant bieten kann“ (S 6).

Für die Versorgung der Patienten hat diese Form der Kooperation vielfältige Implikationen. Auf der einen Seite kann der Patient die optimalste Versorgung erhalten. Andererseits kann es jedoch passieren, daß er – aufgrund spezieller Zwänge der Versorgungszuweisung – sich plötzlich in einer Institution des Versorgungssystems wiederfindet, welche seiner Situation völlig unangemessen ist und eine Fallkurvendynamik auszulösen vermag (19), denn bei der administrativen Form der Kooperation ist das Versorgungsschicksal des Patienten einzig und allein davon abhängig, ob sein Fall mit den Gegebenheiten des Versorgungssystems in Einklang gebracht werden kann. Liegt er quer zu dessen Struktur, ist die Chance gegeben, daß eine Versorgungskarriere in Gang gesetzt wird bzw. diese hier eine Zuspitzung erfährt.

3. Die dritte Form ist die *weitgehend autonome Koexistenz*. Bei dieser Kooperationsform hat der Sozialdienst einen sehr weit gesteckten Handlungsspielraum, dem von ärztlicher Seite aus das Zugeständnis zugrunde liegt, daß hier

ein eigenständiger professioneller Beitrag geleistet wird. Der Sozialdienst wird keineswegs als Instanz verstanden, die nach Anweisung – gemäß der ärztlichen Deutung des Falls – den ärztlichen Willen zu „vollstrecken“ hätte. Vielmehr wird gesehen, daß die Sozialdienstmitarbeiter mit wichtigen Aspekten der Krankheit befaßt sind, angesichts derer die Deutungskompetenz der medizinischen Profession an ihre Grenzen stößt. Auf dieser Basis entwickelt sich eine Zusammenarbeit, bei der die Sichtweise des Falls durch die Mitarbeiter der Sozialdienste explizit abgerufen wird. Ebenso kommt es in den verschiedenen Stadien der Behandlung zu direkten Rückkopplungen beider Instanzen, sei es, weil sich die von den Ärzten betreute Seite der Befindlichkeit des Patienten verändert hat, sei es, weil sich vor dem Hintergrund der Versorgungsbeantragung ein anderes Bild des Falls ergibt.

Zwar beharren auch bei dieser Form der Kooperation die Ärzte auf ihrer Definitionsmacht und der Dominanz ihrer Deutungen, jedoch tun sie dies eher unterschwellig. Oberflächlich besehen bemühen sie sich um eine Kooperation, die die Sozialdiensttätigkeit dem Charakter nach als autonome professionelle Dienstleistung anerkennt.

Diesen Kooperationstypus finden wir ebenso wie den ersten vorzugsweise in kleineren Krankenhäusern und speziell in solchen, die sich explizit auf die multimorbide chronifizierte Problemlage ihrer Patienten einstellen. Damit korrespondierend tragen sie dem Versorgungsgeschehen und der sozialen Situation des Patienten ausdrücklich Rechnung und billigen dem Sozialdienst und dem Pflegepersonal einen Handlungsspielraum zu, der ihnen weitgehend selbstverantwortliches Handeln in ihrem Tätigkeitsgebiet zugesteht.

Auch bei dieser Kooperationsform kommt dem Chefarzt eine wichtige Funktion zu, dieses jedoch weniger in formaler als vielmehr in inhaltlicher Hinsicht. Er ist derjenige, der das Behandlungskonzept und die daraus resultierenden Modifikationen des professionellen Selbstverständnisses vertritt und dieses auf den verschiedenen Ebenen durchzusetzen hat. Oft folgen diese Kliniken einem speziellen ideologischen Selbstverständnis, dem ein er-

weitertes Verständnis von Medizin über die biomedizinische Denkweise hinaus zugrunde liegt und das die Form autonomer Kooperation konzeptionell begünstigt. In jedem Fall aber ist es der Chefarzt, der diese Vorstellungen nach innen und außen repräsentiert. Allerdings kann er diese Kooperationsform nur dann problemlos vertreten, wenn das Behandlungskonzept von den anderen Mitarbeitern der Klinik geteilt und getragen wird. Für die Versorgung des Patienten geht mit dieser Art der Zusammenarbeit zumeist einher, daß er ein höheres Maß an Zuwendung erhält und zuweilen sogar als autonomes Handlungssubjekt – und nicht nur als Träger der Patientenrolle – gesehen wird.

Diskussion

Betrachten wir die drei Formen der Kooperation vor dem Hintergrund der zu Beginn skizzierten sozialen Organisation des Handlungsfeldes, so wird deutlich, daß sie in unterschiedlicher Weise mit den wesentlichen, die Kooperation strukturierenden Determinanten korrespondieren. Wird die als erstes genannte Kooperationsform hauptsächlich durch das professionsspezifische Bedingungsgefüge gesteuert, so liegt das Schwergewicht der zweiten auf den systemstrukturellen Determinanten und das der letzten auf der speziellen Organisation der Institution.

Zugleich aber zeigt sich ein deutlicher Bezug zum sozialen Wandel der Berufe. Die am „ganzen Haus“ orientierte Kooperation ist überwiegend in den Hochzeiten der Professionalisierung der Medizin zu finden und stellt heute – da diese sich in einem gegenläufigen Prozeß befindet – ein Residuum dar, in dem – modernisierungsgeschichtlich betrachtet – bereits überholte Vorstellungen in Form von Restkulturen bestehen bleiben. Dagegen entspricht die administrativ orientierte Form der Kooperation in Gänze den mit den Erosionserscheinungen im professionellen Komplex einhergehenden Tendenzen zur Deprofessionalisierung und Expertisierung, innerhalb derer sich ein Wissenstypus herauskristallisiert, der sich nicht durch Handlungsrationalität auszeichnet, wie etwa das professionelle Wissen (17), sondern der technisch-instrumentel-

len Charakter aufweist. Die dritte Kooperationsform ist dagegen durch weitgehenden Autonomiegewinn der „schwachen“ Profession Sozialarbeit gekennzeichnet, bei gleichzeitiger Rückbesinnung der medizinischen Profession auf das ihr neben dem medizinischen Spezialwissen zur Verfügung stehende Erfahrungswissen und die ihm zugehörigen therapeutischen und hermeneutischen Kompetenzen. Vielfach ist diese Re-Orientierung an die Übernahme einer Sondermoral gekoppelt, die die Tragfähigkeit des für die Medizin charakteristischen Kausalitätsdenkens in Frage stellt. Und nicht selten ist sie der Nähe zu aktuellen, gesellschaftlichen Sozialbewegungen geschuldet (18).

Immer aber geht die Kooperation mit Passungsproblemen einher, die je nach Kooperationsstypus unterschiedlich gehandhabt werden. Ihnen wohnt – das dürfte deutlich geworden sein – ein beträchtliches Konfliktpotential inne, das sich seinerseits einengend auf den Handlungsspielraum beider Professionen auswirkt und eine Handlungspraxis begünstigt, die für die Patienten ungünstige Effekte zeitigt. Wenngleich es, am Krankenhausalltag gemessen, einem Wunschdenken gleichzukommen scheint, sind dennoch Austauschprozesse zu empfehlen mit dem Ziel, diese Passungsprobleme durch eine Integration der unterschiedlichen Problemperspektiven zu regulieren. Damit wird eine Forderung erhoben, die keineswegs neu ist (3, 13), die jedoch gerade mit Blick auf die Versorgung der Patienten nichts an Dringlichkeit und Aktualität eingebüßt hat.

Literatur

- 1 Beck, U.: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Suhrkamp, Frankfurt 1986
- 2 Bollinger, H./G. Brockhaus/J. Hohl/G. Schwaiger (Hrsg.): Medizinerwelten. Die Deformation des Arztes als berufliche Qualifikation. Zeitzeichen, München 1981
- 3 Bollinger, H./S. Hohl: Sozialarbeiterinnen und Ärzte im Krankenhaus. Eine Studie zum beruflichen Alltag. Campus, Frankfurt/New York 1981
- 4 Daheim, H.: Professionalisierung. Begriff und einige latente Makrofunktionen. In: G. Albrecht/H. Daheim/F. Sack (Hrsg.): Soziologie. Sprache. Bezug zur Praxis. Verhältnis zu anderen Wissenschaften; René König zum 65. Geburtstag. Westdeutscher Verlag, Opladen (1973) 232–249
- 5 Foucault, M.: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Ullstein, München (1973)
- 6 Freidson, E.: Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge. The University of Chicago Press, Chicago/London (1986)
- 7 Garms-Homolova, V./U. Hütter/R. Müller/D. Schaeffer: Versorgung alter Menschen – Bedarf und Barrieren. Care Delivery Systems for the Elderly. Zwischenbericht im Verbundprojekt „Vergleichende Untersuchung der Sozial- und Gesundheitsdienste für ältere Menschen“. Freie Universität, Institut für Soziale Medizin, Berlin (1987), vervielf. Manuskript, 275 S.
- 8 Garms-Homolova, F./D. Schaeffer: Die Bedeutung des Krankenhauses für die Versorgung alter Menschen. Erscheint in: Jahrbuch „Medizin und Gesellschaft“. Campus, Frankfurt 1989
- 9 Hoffman, U. Integrationsprobleme von Sozialarbeit im Feld der Gesundheitsberufe. In: H. Opp/H. Weber-Falkensaumer (Hrsg.): Lebenslagen und Gesundheit, Band 3, „Ganzheitliche“ Arbeit im Gesundheitswesen. Frankfurt/Berlin/München, Diesterweg (1986), 26–32
- 10 Luckmann, T.: Lebenswelt und Gesellschaft. Grundstrukturen und geschichtliche Wandlungen. Schöningh, Paderborn/München/Wien/Zürich (1980)
- 11 Mehs, M.: Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Wandel eines Arbeitsfeldes. Medizin Mensch Gesellschaft 6 (1981) 153–158
- 12 Mehs, M./J. Glatzel (Hrsg.): Sozialdienst im Krankenhaus. Lambertus, Freiburg 1981
- 13 Meifort, B./H. Paulini: Kooperation in der Gesundheitsarbeit erfordert neue Arbeitsformen. Das Krankenhaus 1 (1985) 18–21
- 14 Oevermann, U.: Professionalisierung und Professionalisierbarkeit pädagogischen Handelns. vervielf. Manuskript. Berlin 1981
- 15 Ortmann, K.-H./H.-A. Schaub: Sozialarbeit und Gesundheit. Argument. Jahrbuch für kritische Medizin (1988) 127–145
- 16 Parsons, T.: Struktur und Funktion der modernen Medizin. Eine soziologische Analyse. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 3: Probleme der Medizin-Soziologie, (1965), 10–37
- 17 Parsons, T.: Sozialstruktur und symbolische Tauschmedien. In: S. Jensen (Hrsg.): Zur Theorie der sozialen Interaktionsmedien. Westdeutscher Verlag, Opladen (1980) 229–259
- 18 Schaeffer, D.: „Psychotherapie zwischen Mythologisierung und Entzauberung. Biographische Selbstpräsentation in Anfangsstadien der Professionalisierung.“ Dissertation vorgelegt am Fachbereich 12 der Freien Universität Berlin, 1988
- 19 Schütze, F.: Prozeßstrukturen des Lebensablaufs. In: J. Matthes/A. Pfeiffenberger/H. Stosberg: Biographie in handlungswissenschaftlicher Perspektive. Kolloquium am SFZ der Universität Erlangen, Verlag der Nürn-

berger Forschungsvereinigung e.V., Nürnberg (1981)
67–156

20 *Viefhues, H.*: Kooperation und Konflikt. Bemerkungen zum Verhältnis des Krankenhausarztes zur Kran-

kenhaussozialarbeit. In: *M. Mehs/J. Glatzel* (Hrsg.): Sozialdienst im Krankenhaus. Lambertus, Freiburg (1978) 64–73

Doris Schaeffer, Freie Universität Berlin, Institut für Organisation, Verwaltung und Interaktion im Bildungswesen, Albrechtstraße 36a, 1000 Berlin 41

MMG 14 (1989) 59–68

© Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

Das Gesundheitsreformgesetz – Ein Paradigma symbolischer Politik

Jost Bauch

ZUSAMMENFASSUNG: In der vorliegenden Arbeit wird versucht, das am 1. Januar 1989 in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz (GRG) einer gesellschaftspolitischen Analyse zu unterziehen. Die Analyse zeigt, daß das Gesetz die Funktion hat, die gesundheitspolitischen Probleme wie Morbiditätsentwicklung, Überalterung der Bevölkerung etc. unter fiskalisch-ökonomischer Perspektive für die gesetzliche Krankenversicherung auf Zeit zu entschärfen, ohne daß auf der Ebene der realen Problemzusammenhänge interveniert wird. Das Gesundheitsreformgesetz entpuppt sich so als Beispiel „symbolischer Politik“. Die Maßnahmen zeigen, daß auf der „Symptom-“, nicht auf der Verursachungsebene interveniert wird.

Die gesundheitliche Leistungsdynamik soll durch Maßnahmen zunehmender Bürokratisierung, Prävention, Problembewältigung auf den Patienten und Leistungserbringer gebremst werden. Die vorrangige Intervention auf der Ebene der Folgekosten der gesundheitlichen Entwicklung wird gleichwohl die gesundheitlichen Probleme unserer Industriegesellschaft nicht in den Griff bekommen können. Das Gesundheitsreformgesetz wird der Gesetzlichen Krankenversicherung nur kurzfristig Entlastung verschaffen.

SUMMARY: The present study attempts to analyze sociopolitically the Health Service Reform Act (GRG), which came into force on January 1, 1989. The analysis shows that the Act's function is to defuse for the time being health policy problems for statutory health insurance (such as the development in morbidity, the ageing of the population, etc.) in a financial and economic sense, without intervening at the level where the true problems are to be found.

Thus unmasked, the Health Service Reform Act is an example of „symbolic politics“. Its measures show that it intervenes at the level of the „symptom“, not of the cause.

It hopes to brake developments in the demands for of ever more health services by increased bureaucracy, prevention, and by relocating responsibility for problems onto the patient and provider. For all that, intervening mainly at the level of the costs resulting from developments in health will not bring the health problems of our industrial society under control. The Health Service Reform Act will provide only a short breathing space for statutory health insurance.