ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Hauß, Friedrich; Rosenbrock, Rolf

Book Part

Voraussetzungen, Forschungsstand und Voraussetzungen der Erforschung schichtenspezifischer Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Hauß, Friedrich; Rosenbrock, Rolf (1982) : Voraussetzungen, Forschungsstand und Voraussetzungen der Erforschung schichtenspezifischer Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, In: Friedrich Hauß, Frieder Naschold, Rolf Rosenbrock. Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen: Ergebnisse eines vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung am 25. und 26. Februar 1981 in Bonn-Bad Godesberg veranstalteten Symposiums unter wissenschaftlicher Vorbereitung und Leitung des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung im Wissenschaftszentrum Berlin, Referat Presse und Information des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung, Bonn, pp. 350-354

This version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/122509

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

WZB
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).
Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.
The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:
Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000 verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.
More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000.

Friedrich Hauß
Rolf Rosenbrock

VORAUSSETZUNGEN, FORSCHUNGSSTAND UND VORAUSETZUNGEN DER ERFORSCHUNG SCHICHTENSPEZIFISCHER VERSORGUNGSPROBLEME IM GESUNDHEITSWESEN

- These -

1. Stand der Forschung

Das Thema schichtenspezifischer Vorsorgungsprobleme im Gesundheitswesen spielt in der gegenwärtigen sozialwissenschaftlichen einschließlich der medizinsoziologischen Forschung in der Bundesrepublik nur eine untergeordnete Rolle.

Von den denkbaren Forschungsfeldern der durch die soziale Lage bedingten Unterschiede,

- der gesundheitlichen Belastungen, Gefährdungen und Erkrankungsrisiken innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt,
- der gesundheitlichen Belastungsfolgen, und zwar sowohl innerhalb des herrschenden Paradigmas von Krankheit als auch im erweiterten Konzept der Befindlichkeit,
- der Symptomtolerenz, der Wirkungserwartungen an das professionelle Gesundheitssystem,
- der Gesundheits/Krankheitsattitüden, des Life-Style, der gesundheitsbezogenen Zukunftsorientierung, der Entfremdung,
- der materiellen, entfernungsmäßigen und zeitlichen Zugangsbarrieren,
- des Inanspruchnahmeverhaltens hinsichtlich des professionellen Systems und laiengetragener sowie semi-professioneller Supportsysteme,
- der Kommunikation und Interaktion zwischen Patienten und Professionals des Gesundheitswesens,
- des kurativ-orientierten Behandlungsverlaufs innerhalb der medizinischen Institutionen (Ver- und Überweisungsverhalten), der Betreuung und Symptomlinderung im Zusammenwirken medizinischer und betreuender Dienste mit nichtprofessionellen Strukturen,
- der Rehabilitation,
- der Beitrags-, Leistung- und Kostenströme

steht kaum eines im Mittelpunkt laufender oder unmittelbar abgeschlossener Forschungsobjekte in der Bundesrepublik Deutschland.

Diese Aussage gilt hinsichtlich

- der Erfassung von Ist-Zuständen,
- der Rezeption der reichhaltigen Ergebnisse, vor allem aus Großbritannien und den USA,
- der Erforschung der verschiedenen Ursachenkomplexe und ihrer Relevanz und

Gewichtung,
- der Entwicklung und Erprobung problembezogener Interventionsmodelle,
- der politikwissenschaftlichen Untersuchung von Chancen und Hindernissen einschlägiger Strukturformen.

Vordergründig könnte sich der Eindruck aufdrängen, als ruhe sich die gesundheitsbezogene sozialwissenschaftliche Forschung auf dem erreichten Zustand des Beseitigung formaler Zugangsbarrieren im Gesundheitswesen (flächendeckenden Krankenversicherung auf Sachleistungsbasis) und im internationalen Vergleich großen Leistungsumfangs aus.

Auf den zweiten Blick freilich zeigen sich weitere Ursachen der Randständigkeit des Themenbereiches:

- Die vorwiegend sozialpsychologisch orientierte Forschung über sozialisationsbedingte Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen (die vor allem aus den USA kommt) hat sich in ihren Ergebnissen als politik- und anwendungsfern erwiesen. Sie ist nicht wesentlich über die Konstatierung von Hemmnissen hinausgegangen und wird teilweise von ihren Trägern selbst als Sackgasse bezeichnet. Versäumt wurde bislang die Chance, die Ergebnisse daraufhin zu untersuchen bzw. zu erproben, ob sie Anhaltspunkte für barrierensenkende oder -überwindende Angebotsstrukturen im Gesundheitswesen liefern. Hier fehlt demzufolge ein anwendungsorientierter, politikbezogener Ansatzpunkt.
- Die relativ umfangreiche Thematisierung von regionalen Ungleichverteilungen von Gesundheitsleistungen hat einerseits zu der abstrakttheoretischen Debatte über den Begriff des Bedarfs von Gesundheitsleistungen geführt und bewegt sich andererseits auf der technizistischen Ebene des Aushandelns von Richtzahlen. Experten bezeichnen die überdurchschnittlich ausführliche Beschäftigung mit diesem Themenkreis, dessen Wichtigkeit jedoch nicht bestritten wird, heute als Themenverschiebung,mit der objektiv von den eigentlichen Problemen schichtenspezifischer Versorgungsprobleme abgelenkt wird.
- Die Aktivitäten auf den gut besetzten Forschungsfeldern der arbeitsweltorientierten Belastungsforschung sind nach ihrem eigenen Anspruch überwiegend präventiv orientiert. Ungeachtet der relativ geringen praktischen Erfolge, die auf diesem Weg bislang zu verzeichnen sind, wird der Bezug zum möglichen Beitrag kompensatorischer Leistungen des Gesundheitssystems (Früherkennung, Betreuung, Linderung) durchweg nicht hergestellt. Politikbezogen sind diese Ansätze demzufolge nicht auf das Gesundheitswesen, sondern auf den Betrieb.
- Zudem stellt die Mehrzahl der Projekte der arbeitsweltbezogenen Belastungsforschung - zumindest explizit - keinen Bezug zur Schichtenspezifität der von ihr untersuchten Population her. Teilweise ist

hierzu das gewählte oder durch die Datenlage aufgezwungene Aggregationsniveau zu niedrig (etwa bei Untersuchungen nach einzelnen Berufsgruppen).

- Bei den meisten Objekten zur Erforschung der Lage von Populationen außerhalb der Produktion - Alte, Kinder, nicht erwerbstätige Frauen - spielen sowohl die schichtenspezifischen Gesichtspunkte als auch der Bezug zum Gesundheitswesen nur eine untergeordnete Rolle.
- Bei Erforschungen zu den modernen Volkskrankheiten (etwa Herz- Kreislauferkrankungen, Rheuma, chronische Bronchitis, Alkoholismus) stehen zumeist individuelle Risikofaktoren (objektive und subjektive) im Vordergrund, so daß der Schichtenaspekt nicht oder nur unzureichend berücksichtigt wird.

Schichtenspezifische Gesundheitsforschung steht darüber hinaus in der Bundesrepublik vor beträchtlichen Problemen und Hindernissen auf theoretischer, methodischer, empirischer, politischer und historischer Ebene.

- Die bisherigen theoretischen Ansätze haben keine gesundheitspolitisch operationalisierbaren Konzepte der Schichtung der Gesellschaft erbracht, auf die sich empirische Forschung beziehen könnte. Dies hat komplexe innerwissenschaftliche und forschungspolitische Gründe. Die daraus folgende theorielose Pragmatik und Willkür hat zu Ergebnissen geführt, die in der Mehrzahl der Fälle nicht mehr miteinander vergleichbar sind.
- Im Laufe der letzten Jahre hat die Fundierung der Medizinkritik dazu beigetragen, die Rolle des Medizinbetriebs für die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit erheblich in Frage zu stellen. Damit ist die klassische Zielvariable (die Inanspruchnahme) faktisch unbrauchbar geworden. Das daraus resultierende Problem einer neuen Meßgröße für gesundheitspolitische Forschung und Praxis ("volksgesundheitliche Adäquanz") ist weder empirisch gelöst noch theoretisch zu Ende gedacht.
- Epidemiologische Forschung hat in der Bundesrepublik Deutschland bislang kaum Tradition. Damit fehlt aber ein wichtiger Teil des theoretischen und methodologischen Instrumentariums, mit dessen Hilfe in anderen Ländern (z.B. Großbritanien und USA) reiche Ergebnisse erzielt werden konnten.
- Die Datenlage ist verglichen mit anderen Ländern schlecht. GKV-Daten fallen bislang lediglich als Abfallprodukt des Leistungsvollzuges an. Der Verbesserung der Situation werden in der Praxis häufig Datenschutzprobleme entgegengestellt. Von den politischen Instanzen (GKV-Selbstverwaltung, Ärzteverbände, Gewerkschaften, Bundes- und Landesregierungen) sind lange Zeit keine Impulse an die Wissenschaft gegeben worden. Seitens der GKV wird dies damit erklärt, daß mit wachsender Entfernung vom Problem (d.h. in den Entscheidungsinstanzen der GKV) die Thematisierungschancen abnehmen und

diejenigen, denen die Probleme aus täglicher Evidenz geläufig sind, kaum Möglichkeiten und Interesse zu Anregung oder Durchführung von Forschung haben (im Gegensatz etwa zu Großbritannien).

- Die mutmaßlich wichtigste Zielrichtung anwendungsorientierter Gesundheitsforschung *zum Abbau schichtenspezifischer Versorgungsprobleme* - die Veränderung von Angebotsstrukturen mit dem Ziel größerer Problem- und Problemgruppennähe - war lange Zeit blockiert durch die Beschränkung der Diskussion auf die mittlerweile versteinerte und praktisch abgebrochene Debatte über die Integration von ambulanten und stationären Leistungen. Politisch weniger konfliktive Integrationsmöglichkeiten gerieten dadurch etwas aus dem Blickfeld.

- Sozialmedizinische und medizinsoziologische Forschung leidet wahrscheinlich immer noch an der Untebrechung ihrer Tradition durch den Faschismus, der zahlreiche sozial- und gesundheitsreformerische Ansätze seitens der Krankenkassen und Teilen der Ärzteschaft liquidiert hat.

All diese Faktoren haben zur Folge, daß die Schichtenspezifität von Versorgungsproblemen gegenwärtig nur selten im Mittelpunkt von Forschungen steht. Lediglich finanzwissenschaftliche Ansätze (Transferökonomie), der Modellversuch Ingolstadt, Lindau, Weiden sowie einige Untersuchungen zum Arzt-Patient-Verhältnis sowie zur psychiatrischen Versorgung bilden die Ausnahme. Andererseits spielen in einer Fülle von Projekten entweder Zuordnungen nach Schichten oder Fragen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und ihrer Beseitigung und/oder Versorgung oder Modelle alternativer Organisation gesundheitlicher Betreuung sowie Probleme der Durchsetzbarkeit von Strukturreform im Gesundheitswesen zumindest indirekt oder am Rande eine Rolle.

Das zentrale Problem der staatlichen Impulsgebung durch die Initiierung eine Foschungsprojekts zu schichtenspezifischen Versorgungsproblemen im Gesundheitswesen besteht vor dem Hintergrund all dieser Faktoren nach unserer Einschätzung darin,

- einerseits die Fülle der Ansätze, die in zahlreichen Disziplinen und Projekten zu diesem Themenbereich - oftmals nur peripher oder implizit - vorhanden sind, zu nutzen und neu zu fokussieren,
- ohne andererseits eine Sog zu erzeugen, der dadurch entstehen kann, daß fast beliebig viele Projekte nach leichter Umformulierung unter eine diesbezügliche Ausschreibung subsumierbar wären.

2. Mögliche Forschungsfelde und -Ansätze

Ausmaß, Schwerpunkt und Arten der Brüche zwischen rechtlichen Ansprüchen und tatsächlicher Inanspruchnahme einerseits sowie zwischen volksgesundheitlich

notwendigen Versorgungsleistungen und nicht vorhandenen bzw. ungeeigneten Versorgungsangeboten andererseits sind für die Bundesrepublik Deutschland kaum bekannt. Bei der infolgedessen notwendigen Erforschung des Ist-Zustandes muß die Verwendbarkeit des Schichtenbegriffs für gesundheits- und sozialpolitische Forschungsfragen überprüft werden. Ohne den Ergebnissen solcher Untersuchungen vorzugreifen, kann aus der Sicht des heutigen Standes der Forschung und der verfügbaren Daten vermutet werden, daß vor allem solche Schichtenkonzepte hilfreich sind, die die Lebenslage von Individuen und Gruppen erfassen. Merkmale solcher Gruppen können z.B. sein: Arbeitszeitregelungen, Wohnumgebung, räumlich-zeitliche Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten, Struktur familien- oder nachbarschaftsgenerierter Support-Systeme, Arbeitsbelastungen. Die Bildung von Gruppen nach solchen Merkmalen dürfte sich vor allem deshalb als fruchtbar erweisen,

- weil solche Parameter häufig mit dem Auftreten von spezifischen Krankheitsbildern und -verläufen korrelieren und
- weil durch einen solchen Ansatz eher gewährleistet werden kann, daß die Ergebnisse auf Defizite im Gesundheitswesen verweisen, die auch tatsächlich im Bereich der Eingriffsmöglichkeiten von Gesundheitspolitik liegen.

Aus Kombinationen der Parameter der Lebenslage und solcher der gesundheitlichen Beeinträchtigungen können Problemgruppen gebildet und die im Gesundheitswesen liegenden Versorgungsprobleme identifiziert werden.

Diese Versorgungsprobleme können auf zwei Ebenen liegen:

- Auf der Ebene räumlich-zeitlich-materiell-sozialer Inanspruchnahme-Barrieren für die Problemgruppen,
- auf der Ebene struktureller und verlaufsbezogener Versorgungsdefizite des Gesundheitswesens.

Auf beiden Ebenen können mutmaßlich Defizite verortet werden, die sowohl in der Art der Leistungen, die das Gesundheitswesen für Problemgruppen bereithält bzw. bereithalten könnte, als auch in den strukturellen und organisatorischen Bedingungen, unter denen die Leistungen erbracht werden, liegen. Die Untersuchung dieser Defizite kann zu einer Neuformulierung bzw. Operationalisierung der Adäquanz von Leistungen des Gesundheitswesens führen, die neben Fragen der räumlichen, zeitlichen, materiellen, sozialen und äthologischen Distanz auch das Problem der Kompetenz des Gesundheitswesens und seiner Elemente berücksichtigt.

Als Voraussetzung und Mittel des Abbaus solcher Defizite wären Konzepte einer auf Lebenslagen bezogenen leistungssteuernden Strukturpolitik im Gesundheitswesen zu formulieren.